

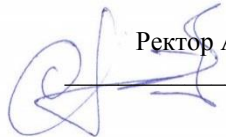
**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ»**



Факультет психологии, журналистики и дизайна



Утверждаю:
Ректор АНО ВО «ВГИ»
С.М. Бельский
«19» мая 2023 г.



Учебно-методический комплекс по дисциплине

«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

ФГОС ВО: Дата утверждения, № приказа	29 июля 2020 г. Приказ № 839
Направление (шифр и название)	37.03.01 «Психология»
Квалификация (степень)	Бакалавр
Дата принятия, протокола Ученого совета	19 мая 2023 г. Протокол № 11

Волгоград 2023 г.

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ»**

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

Направление подготовки
37.03.01 «Психология»

Квалификация (степень) выпускника – **бакалавр**

**Основная профессиональная образовательная программа
высшего образования - программа бакалавриата
по направлению подготовки 37.03.01 «Психология»**

Направленность (профиль) программы:

33 Сервис, оказание услуг населению (торговля, техническое обслуживание, ремонт, предоставление персональных услуг, услуги гостеприимства, общественное питание и прочие) (в сфере индивидуального психологического консультирования и сопровождения лиц, нуждающихся в психологической помощи)

Форма обучения – **очная, очно-заочная**

Волгоград, 2023 г.

1. Цели и задачи освоения дисциплины

Курс предназначен для подготовки студентов-психологов, что обусловлено нарастающей тенденцией к соматизации психических расстройств и развитием соматической психологии. Учтена также необходимость познакомить будущего психолога с «телесными» проявлениями внутри- и межличностных конфликтов и подготовить его к работе с данными проблемами.

Программа курса включает, прежде всего, соматоформные психические расстройства, в том числе и психосексуальные дисфункции. Поскольку граница между функциональными и органическими расстройствами является условной, а тяжелые болезни оказывают обратное влияние на личность, **основной целью курса** является рассмотрение соматогенных психических расстройств, а также психология старения и умирания.

Полученные таким образом знания и освоенные умения способствуют становлению личности и профессиональному росту студента, т.к. он получает личностно значимую информацию, позволяющую осознать и разрешить ряд собственных проблем.

Его реализация предполагает достижение следующих целей:

1) знакомство студентов с обобщенной теорией и практикой клинических расстройств по единому плану (описана его клиника у мужчин и женщин, детей и пожилых, приведены диагностические критерии);

2) развитие психотехнического мышления у студентов (очерчены характерные особенности личности, освещена внутренняя картина болезни: психологические механизмы ее развития, психодинамика и психофизиология расстройства).

Достижение данных целей предполагается посредством изучения студентами лекционного материала, соответствующей литературы с последующим осмыслением их содержания в ходе семинарских и практических занятий, самостоятельного выполнения студентами практических заданий, разбора реальных и описанных в литературе проиллюстрированных клинических случаев.

К числу основных **задач** курса относятся:

1. Ознакомление студентов с теоретическими основами взаимосвязи между психическим и физическим (соматическим) естественным интегрирующим механизмом функционирования человека посредством опоры на базовые представления патопсихологии, психологии личности, психотерапии, психологии общения и др.

2. Ознакомление студентов с этическими и деонтологическими аспектами психосоматики.

3. Обучение методам ведения научно-практического направления и обобщения опыта работы с клиентами.

Идея курса заключается в том, что психосоматика - это сложившаяся практика оказания действенной психологической помощи людям, основанная на убеждении: каждый физически и психически здоровый человек в состоянии справиться почти со всеми своими жизненными неурядицами.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП

Учебная дисциплина «Основы психосоматики» относится к Блоку 1 части, формируемой участниками образовательных отношений основной профессиональной образовательной программы бакалавра.

Данный курс носит практико-ориентированный характер и построен таким образом, чтобы сформировать у студента умения и практические навыки проведения лекционных, семинарских занятий по различным темам консультирования, а также, овладеть ведущими техниками консультирования. Предполагаемые упражнения и практические работы позволяют более глубоко освоить основы психологической

деятельности. Структура данного курса также включает по итогам усвоения материала зачет, который позволит проследить эффективность освоения программы данного курса студентами.

Курс также преследует цель развить ряд профессиональных знаний, умений и навыков психолога:

1. Умение организовать ситуацию профессионального психологического сопровождения личности клиента;
2. Умение строить беседу в соответствии с технологическими принципами её ведения;
3. Умение фиксировать информацию о клиенте, накапливать её, анализировать и давать оценку эффективности профессиональной практики.

3. Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения основной профессиональной образовательной программы бакалавриата, обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения образовательной программы

В процессе изучения дисциплины студенты овладевают следующими универсальными компетенциями:

- способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач (УК-1);

Общепрофессиональными компетенциями:

- способен выполнять свои профессиональные функции в организациях разного типа, осознанно соблюдая организационные политики и процедуры (ОПК-8)

Наименование и код компетенции (Результаты освоения программы бакалавриата)	Индикатор достижения компетенций Составляющие результатов освоения Показатели оценивания (знания, умения, навыки)
Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач (УК-1)	Знать: методики поиска, сбора и обработки информации; - актуальные российские и зарубежные источники информации в сфере профессиональной деятельности; - метод системного анализа.
	Уметь: применять методики поиска, сбора и обработки информации; - осуществлять критический анализ и синтез информации, полученной из разных источников; - применять системный подход для решения поставленных задач.
	Владеть: методами поиска, сбора и обработки, критического анализа и синтеза информации; - методикой системного подхода для решения поставленных задач
Способен выполнять свои профессиональные функции в организациях разного типа, осознанно соблюдая организационные политики и процедуры (ОПК-8)	Знать: базовые процедуры анализа проблем человека и социализации индивида, проблем профессиональной и образовательной деятельности, характеристики функционирования людей с ограниченными возможностями и различными заболеваниями;

	<p>Уметь: проводить базовые процедуры анализа проблем человека и социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, анализировать характеристики функционирования людей с ограниченными возможностями и различными заболеваниями;</p> <p>Владеть: владение полученными знаниями и навыками в процессе анализа проблем человека и социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями и различными заболеваниями.</p>
--	--

Очная форма обучения

4. Объем дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы (108 часов), в т. ч. контактная работа обучающихся с преподавателем -лекционные занятия 26 часов, практические занятия 42 часа, форма контроля –зачет с оценкой (4 часа).

Самостоятельная работа 36 часов.

5. Содержание дисциплины (очная форма обучения)

5.1. Учебно-тематический план.

№ п/п	Тема учебной дисциплины	Количество часов			
		Контактная работа		самост. работа	всего
		Лекции	практ. занятия		
1.	Исторический экскурс в психосоматику	2	2	-	4
2.	Общий обзор научно-практических направлений психосоматики	6	8	-	14
3.	Психосоматические расстройства	6	6	8	20
4.	Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией	4	4	8	16
5.	Основы невротологии	2	2	8	12
6.	Диагностика психосоматических расстройств	2	16	6	24
7.	Принципы интервьюирования психосоматических клиентов	2	2	6	10
8.	Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики.	2	2	-	4
	Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	зачет с оценкой			4
	ИТОГО:	26	42	36	108

5.2. Содержание лекционных занятий.

Тема 1. Исторический экскурс в психосоматику.

Основные понятия и классификация. Комплексный биопсихосоциальный подход к больному, учитывающая своеобразие взаимодействия (взаимозависимостей) психического и соматического в норме и при патологии. Виды психосоматических и соматопсихических нарушений. Соматопсихический аспект зависимостей между психическим и соматическим расстройством.

Интерактивная форма проведения занятия: презентация.

Тема 2. Общий обзор научно-практических направлений психосоматики.

Патогенез стресса по В. Кэннону и Г. Селье. Кортико-висцеральная теория Быкова-Курцына. Типология З. Фрейда психосоматических заболеваний: оральный тип, анальный и уретральный, кожно-мышечный и звуко-зрительный типы, обонятельный и физически-генитальный типы. Концепция десоматизации-ресоматизации М. Шура. Модель двухфазной защиты А. Мичерлиха. Вклад Ф. Александера: векторная теория, вегетоневроз, теория специфических для болезни психодинамических конфликтов.

Личностные профили соматических больных Ф. Данбар. Теория дефицита эго-идентичности (П. Федерн, М. Балинт, Г. Аммон, Д. МакДугалл). Понятие алекситимии П. Сифнеоса. Подход Г. Фрайбергера: псевдонезависимость и манифестирующая зависимость; конфликт зависимости/независимости и близости/дистанцирования, основные психодинамические факторы: эмоциональная сдержанность, нарциссические обиды, фрустрированная агрессия и депрессия). Типичная картина психосоматической семьи по С. Минухину и Либерману. Интегративный подход Г. Шефера и Д.Н. Оудсхорна.

Интерактивная форма проведения занятия: презентация.

Тема 3. Психосоматические расстройства.

Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями. *Принципы психосоматической терапии.* Цели психосоматической помощи. Сбор анамнестических данных. Мультиmodalный опросник А. Лазаруса. Определение уровня алекситимии и степени социальной значимости болезни для пациента. Выявление доминирующего инстинкта по В. Гарбузову и показаний для проведения психотерапии по А. Беку. Приемы установления терапевтического контакта по В.Ф. Простомолотову. Гипнотерапия по М.Эриксону, НЛП, прогрессирующая мышечная релаксация по Э. Джейкобсону, аутотренинг и направленная органотренировка Клейнзорге и Клюббиса. Биообратная связь. Рациональная и когнитивная терапия В.Ф. Простомолотов, В.Д. Менделевич и С.Л. Соловьева, А. Бек. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса. Систематическая десенситизация по Дж. Вольпе. Ассертивный тренинг. Преодоление алекситимии по Н.Д.Семеновой и О.Ф. Макаровой. Анализ сновидений и выявление символического значения телесного симптома. Краткосрочная динамическая терапия. Групповая динамическая терапия по П. Куттеру и Г. Аммону. Психодинамически-ориентированная терапия Г. Фрайбергера. Когнитивно-динамическая терапия по А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян. Сомато-ориентированная психотерапия Маурер. Эмоционально-образная терапия Н.Д. Линде. Символдрама Х. Лейнера. Холотропная терапия С. Грофа. Двигательная терапия. Биоэнергетический анализ А. Лоуэна. Групповая гештальттерапия. Логотерапия В.Франкла. Позитивная терапия по Н. Пезешкиану. Арттерапия. Синтетическая терапия В. Кречмера.

Тема 4. Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией.

Диссоциативные расстройства движений и ощущений. Соматоформные расстройства. Клиническая картина других психических заболеваний. Особенности психических расстройств, проявляющиеся в соматической сфере и психических

заболеваний, осложняющихся соматической патологией. Злоупотребление психоактивными веществами, нарушения режима питания, «рискованное» поведение и др. Аддиктивные расстройства. Расстройства пищевого поведения.

Тема 5. Основы неврологии.

Определяющие характеристики невроза. Невротический синдром и его проявления. Этапы и формы неврозов. Варианты невротических конфликтов.

Тема 6. Диагностика психосоматических расстройств.

Классификация методов по А.Б.Орлову. Психопатологическая классификация психосоматических клиентов. Группы аффектов психодинамической диагностики. Мультимодальный опросник жизненной истории. Клинико-биографический метод. Общее семейно-диагностическое интервью. Характеристика уровней нарушений.

Тема 7. Принципы интервьюирования психосоматических клиентов.

Интервью как базис для клинических решений. Значение интервью для установления МКБ и DSM-диагнозов. Консультирующая и терапевтическая функции диагностической беседы.

Тема 8. Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики.

Взаимодействующие влияния ответа-поведения клиента. Понятие негативной и позитивной диагностики в трудах В.Н.Мясищева. Психический статус.

5.3. Содержание практических (семинарских) занятий.

Тема 1. Исторический экскурс в психосоматику.

Семинарское занятие № 1.

1. Роль психосоциальных факторов в этиологии, патогенезе и динамике соматических заболеваний.
2. Комплексный биопсихосоциальный подход к клиенту.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1)Соотношение теории и практики соматопсихического аспекта;
- 2)Универсальные закономерности многоуровневого отражения заболевания в психике клиента;
- 3)Соотношение между психическим и соматическим в понятии кольцевых психосоматических-соматопсихических зависимостей.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

-что изучает психосоматика?

- 1.Какие критерии позволяют определить роль острого или хронического эмоционального стресса в развитии соматического заболевания;
- 2.Роль личностных особенностей и особенностей семейных взаимоотношений в развитии соматической патологии;
- 3.Влияние эмоциональных состояний на течение заболевания;
- 4.Влияние отношения к болезни (внутренней картины болезни) и личностных особенностей на успешность преодоления стресса болезни на результаты терапевтического процесса?
- 5.Назовите механизмы формирования внутренней картины болезни?
- 6.-дайте определение основным составляющим психосоматики.

Составьте терминологический словарь:
психосоматика, соматопсихическая зависимость, патологический феномен, психосоматические расстройства, нозогенные расстройства, ятрогенные расстройства, соматогенные расстройства, психические расстройства, осложняющиеся соматической патологией (алкоголизм, расстройства пищевого поведения и др.), соматоформные расстройства, диссоциативные (конверсионные) расстройства движений и ощущений.

Тема 2. Общий обзор научно-практических направлений психосоматики. Семинарское занятие № 2.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Стадии стресса по Г. Селье (суть нейроэндокринных изменений на каждой стадии);
2. Патогенез стресса по В. Кэннону и Г. Селье;
3. Кортико-висцеральную теорию Быкова-Курцына;
4. Типология З. Фрейда психосоматических заболеваний: оральный тип, анальный и уретральный, кожно-мышечный и звуко-зрительный типы, обонятельный и физически-генитальный типы.

Составьте терминологический словарь:
стресс; типы психосоматических заболеваний по З. Фрейду: оральный тип, анальный и уретральный, кожно-мышечный и звуко-зрительный типы, обонятельный и физически-генитальный типы.

Семинарское занятие № 3.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Концепции десоматизации-ресоматизации М. Шура;
2. Модели двухфазной защиты А. Мичерлиха;
3. Вклад Ф. Александера;
4. Векторная теория, вегетоневроз, теория специфических для болезни психодинамических конфликтов; личностных профилей соматических больных Ф. Данбара;
5. Теория дефицита эго-идентичности (П. Федерн, М. Балинт, Г. Аммон, Д. Макдугалл);
6. Понятия алекситимии П. Сифнеоса.

Семинарское занятие № 4.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Особенности подхода Г. Фрайбергера: псевдонезависимость и манифестирующая зависимость;
2. Конфликт зависимости/независимости и близости/дистанцирования, основных психодинамических факторов: эмоциональная сдержанность, нарциссические обиды, фрустрированная агрессия и депрессия.

Составьте терминологический словарь:
эмоциональная сдержанность, нарциссическая обида, фрустрированная агрессия, депрессия.

Семинарское занятие № 5.

При проведении занятия применяется работа в малых группах. Каждой малой группе дается задание изложить особенности типичной картины психосоматической семьи по С. Минухину и Либерману; интегративного подхода Г. Шефера и Д.Н. Оудсхорна. После выработки своих предложений, каждая малая группа представляет их перед всей учебной группой, отстаивает их, отвечает на вопросы студентов.

Тема 3. Психосоматические расстройства.

Семинарское занятие № 6.

1. Виды и типологии психосоматических расстройств.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Дать определение психосоматической медицины.
2. Понятие о кольцевых психосоматических-соматопсихических зависимостях (привести пример).
3. Перечислить классические психосоматические заболевания
4. Перечислить общие признаки психосоматических расстройств.
5. Перечислить варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М.Губачев).
6. Перечислить психодинамические концепции развития психосоматических расстройств.
7. Понятие об алексетимии.
8. Дать описание типа личности А.

Составьте терминологический словарь:

психосоматическая зависимость, соматопсихическая зависимость, алексетимия.

Интерактивная форма проведения занятия: заполнение таблиц, демонстрация презентаций.

Семинарское занятие № 7.

1. Особенности «психосоматической семерки».

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания;
- 2) Недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Перечислить психофизиологические концепции развития психосоматических заболеваний.
2. Особенности личности, предрасполагающие к развитию гипертонической болезни.
3. Типы личности, предрасполагающие к развитию язвенной болезни.
4. Перечислить варианты механизмов нервно-психической провокации приступов бронхиальной астмы.
5. Факторы предрасположения и особенности личности, характерные для больных сахарным диабетом.
6. Перечислить преморбидные характеристики личности больного, определяющие эмоциональную лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса и др.

Составьте терминологический словарь:

«психосоматическая семерка»; эмоциональная лабильность; гипертоническая болезнь; артериальная гипертония; ишемическая болезнь сердца; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; язвенный колит; бронхиальная астма; нейродермит; гипертиреоз.

Семинарское занятие № 8.

1. Особенности личности.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Характерные пусковые механизмы переживания потери объекта в социальных ситуациях;
- 2) Особенности личности в ситуации перегрузки и конфликтов.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Назовите характерные признаки сдерживания эмоций, чрезмерного адаптивного, уступчивого, ориентированного на социальный успех, пассивного, избегающего конфликтов поведения?
 2. Как проявляется измененное восприятие конфликта, отрицание стресса в ситуации напряжения?
 3. Влияет ли на фрустрацию фиксация самозащиты, чувство преобладания препятствий, снижение уровня мотивации на достижения и уровня социальной защищенности, нарастание страха неудачи. Ответ обоснуйте?
 4. Типологические особенности личности и рекомендации по адаптации?
 5. Что означает акцентуация характера личности?
- Составьте терминологический словарь:
флегматик, холерик, сангвиник, меланхолик, темперамент, акцентуация характера.

Тема 4. Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией.

Семинарское занятие № 9.

1. Роль соматогенных и психогенных факторов в патогенезе психических нарушений.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Влияние соматического заболевания на психическое состояние клиента.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Назовите специфические феномены, характеризующие круг психических нарушений невротического, психотического или субпсихотического уровней?
2. Перечислите признаки условия появления соматически обусловленных психических нарушений по К. Шнайдеру?
3. Какова специфика рассмотрения этиопатогенеза психических расстройств при соматических заболеваниях?
4. Каково содержание специфических форм приоритетных задач распознавания и дифференциальной диагностики психических расстройств, связанных и не связанных с

соматическим заболеванием клиента, назначение адекватного консультирования с учетом его психического и соматического статуса?

Составьте терминологический словарь:

клиника соматического заболевания; параллелизм психических и соматических расстройств; органическая симптоматика.

Семинарское занятие № 10.

1. Соматические патологии.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

1) Терапевтическое значение патогенеза депрессивных состояний при соматических расстройствах;

2) «Я» как инструмент недостаточности личностных ресурсов для преодоления стресса болезни.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Каково содержание синдрома помрачения сознания?

2. Каким Вам представляется синдром выключения сознания?

3. Ваше отношение к вопросу о понятии и значении психоорганического синдрома и деменции?

4. Степени выключения сознания: понятие и признаки?

5. Каким образом должны формироваться составляющие синдрома нарушения интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы при поражениях головного мозга?

6. Назовите наиболее распространенные понятия, признаки, виды и формы проявления астенического синдрома при соматических заболеваниях?

7. В чем проявляются составляющие соматогенных эмоциональных нарушений?

Составьте терминологический словарь:

синдром помрачения сознания, синдром выключения сознания, сомнолencia, оглушение, сопор, кома, психоорганический синдром, деменция, астенический синдром.

Интерактивная форма проведения занятия: работа в малых группах.

Тема 5. Основы неврологии.

Семинарское занятие № 11.

1. Нозогенные психические расстройства.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

1) Проблема выбора теоретической ориентации критериев психопатологии дезадаптивных личностных реакций на болезнь;

2) Типы теоретических ориентаций нозогенных психических расстройств;

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. В чем особенность дезадаптивной реакции личности на заболевание и его последствия?
2. Какое место занимает в соматопсихологии особенности реагирования личности на болезнь?
3. В каких случаях, и в каком порядке квалифицируются нозогенные психические расстройства?
4. В чем заключаются основные психологические феномены, рассматриваемые при исследовании проблемы взаимосвязей в системе личность-болезнь?

Составьте терминологический словарь:

«внутренней картины болезни», «личностный смысл болезни», «переживание болезни» «соматонозогнозия».

Интерактивная форма проведения занятия: работа в малых группах, анализ конкретных ситуаций.

Тема 6. Диагностика психосоматических расстройств.

Семинарское занятие № 12.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Обоснуйте основную классификацию методов по А.Б. Орлову?
2. Продемонстрируйте знание специфических методов по четырем группам задач?
3. Изложите особенности планирования процесса диагностики относительно классификации А.Б. Орлова?

Составьте терминологический словарь:

клинические методы, психометрические методы, генетические методы, статистические методы, экспериментальные методы.

Интерактивная форма проведения занятия: работа в малых группах, анализ конкретных ситуаций.

Семинарское занятие № 13.

1. Диагностический инструментарий.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Особенности диагностики и планирования типов отношений к заболеванию по Личко А.Е., Иванову Н.Я., Вассерману Л.И.;

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Обоснуйте основные типы отношений к заболеванию по Личко А.Е., Иванову Н.Я., Вассерману Л.И.?
2. Продемонстрируйте знание специфических техник и приемов консультативного воздействия типа отношений по Личко А.Е., Иванову Н.Я., Вассерману Л.И.?
3. Изложите особенности диагностики и планирования процесса консультирования по типу отношений по Личко А.Е., Иванову Н.Я., Вассерману Л.И.?

Составьте терминологический словарь:

гармоничный тип, эргопатический тип, анозогнозический тип, тревожный тип, обсессивно-фобический тип, ипохондрический тип, неврастенический тип, меланхолический тип, апатический тип, сенситивный тип, эгоцентрический тип, паранойяльный тип, дисфорический тип.

Семинарское занятие № 14.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Составьте и обоснуйте диагностический инструментарий на основе работы с мультимодальным опросником жизненной стратегии?

Семинарское занятие № 15.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Как Вы понимаете клинико-биографический метод?
2. Ваше отношение к клинико-биографическому методу?
3. Приведите примеры конкретных способов организации клинико-биографического метода?
7. Обоснуйте значение клинико-биографического метода?

Семинарское занятие № 16.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Можно ли выделить множественность интервьюирования, почему?
2. Как Вы понимаете основные принципы структурного интервью по Кернбергу?
3. Уточните суть структурного интервью по Кернбергу и различные подходы к решению проблем с помощью данного метода?
4. В чем заключаются основные правила информирования клиентов при проведении структурного интервью по Кернбергу?

Семинарское занятие № 17.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

Разберите и уточните ситуации обращения к психологу, насколько, по Вашему мнению, они сопоставимы или наоборот не совместимы с проблемами психосоматики?

Задание:

1. Дайте характеристику измененному сознанию больного, тактика лечения, особенности режима терапии.

Больной 78 лет, находится на лечении по поводу дисциркуляторной энцефалопатии на неврологическом отделении соматического стационара вторые сутки. Днем укладывался в режим отделения, навещался родными, общался с врачом, обнаруживал умеренное интеллектуально – мнестическое снижение по сосудистому

типу. В ночные часы состояние изменилось остро, стал беспокоен, тревожен, суетлив, не удерживался на месте, бродил по палатам, был убежден, что он «дома», искал какие-то вещи, на попытки медсестры переубедить реагировал агрессивно.

2. Определите психопатологический синдром, причину заболевания (соматогенное, психогенное), направления в терапии?

Больная 45 лет, 2 года назад перенесла тяжелую ЧМТ, обратилась к неврологу с жалобами на быструю утомляемость, вялость, слабость, разбитость даже после незначительных нагрузок, больше к вечеру, нарушен ночной сон, при этом сонлива днем. Отмечает близость к слезам, несвойственную ей ранее, ранима, обидчива, при этом чрезмерно раздражительна, участились ссоры с близкими, стала вспыльчива, гневлива, трудно сдержаться. Аппетит сохранен, не худела. В беседе – эмоционально лабильна, многоречива, обстоятельна, плачет, просит помочь.

3. Какие личностные особенности пациента можно предположить? В какой психопатологический синдром укладываются жалобы? Рекомендации по терапии.

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.

Семинарское занятие № 18.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

Разберите и уточните ситуации обращения к психологу, насколько, по Вашему мнению, они сопоставимы или наоборот не совместимы с проблемами психосоматики?

Задание:

1. Какие личностные особенности можно ожидать у пациентки? Какие психопатологические симптомы формируются? Какие психосоматические механизмы колебания АД можно предположить? Чем дополнить традиционную антигипертензивную терапию?

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).

2. Какое состояние развивается у пациента, как ему помочь? Какие профилактические мероприятия, ориентируясь на анамнез, необходимо было предпринять?

Больной 37 лет, находится на лечении на травматологическом отделении по поводу скелетной травмы (переломы ребер, плеча), полученной в результате ДТП 3 дня назад. Из анамнеза известно, что злоупотребляет спиртным, форма алкоголизации – запойная, неоднократно лечился у нарколога, в день травмы – признаки алкогольного опьянения средней степени. Со вчерашнего дня – общий тремор, признаки вегетативной лабильности (гиперемия лица, потливость, повышенное АД, учащенный пульс), тревожен, не спал ночью. Сегодня к вечеру – крайне тревожен, суетлив, испуган, озирается по сторонам, к чему – то прислушивается, отвечает на несуществующие телефонные звонки, разговаривает без собеседника, пытается снять гипсовую повязку.

3. О каком расстройстве пищевого поведения можно думать? С чем связаны предъявляемые жалобы, о чем не говорит пациентка? Что, вероятнее всего, лежит в основе патогенеза расстройства пищевого поведения? Настороженность в плане дебюта какого эндогенного психического расстройства необходима, нужно ли настаивать на консультации психиатра?

Больная 18 лет, на прием к гастроэнтерологу привели родители, последние 2 года соблюдала разнообразные диеты, усиленно занималась спортом, за последние месяцы значительно похудела (вес 43 кг), жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, обследовалась по настоянию родителей, причина потери веса обнаружена не была. В беседе замкнута, отвечает односложно, контакт формальный, снижение веса значительным не считает, боится «толстеть», соглашается лишь, что «худеть дальше пока не надо», своей фигурой не довольна. Объяснить снижение веса не может, уверяет, что питается достаточно, перечисляет блюда, съеденные вчера. Потеряла интерес ко всему, не связанному со здоровым образом жизни, правильным питанием, перестала общаться с друзьями, с трудом закончила школу, конфликтует с родителями.

Семинарское занятие № 19.

1. Диагностический инструментарий.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Диагностический минимум в работе психолога с психосоматическими расстройствами;
- 2) Баланс профессиональных навыков психолога при проведении интервьюирования.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Изложите особенности диагностики и планирования работы по проблемам психосоматического расстройства?
2. Какие специфические техники и приемы интервьюирования клиентов?
3. Обоснуйте основные параметры в дифференциации вопросов при интервьюировании?
4. Какие техники «интервью, направленного на изменение» Вы знаете?

Составьте терминологический словарь:
интервьюирование.

Тема 7. Принципы интервьюирования психосоматических клиентов. Семинарское занятие № 20.

1. Принципы организации работы с психосоматическими клиентами.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Особенности планирования консультативного процесса по работе с механизмами психологической защиты;
- 2) Консультирующая и терапевтическая функции диагностической беседы.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Согласны ли Вы с утверждением, что интервью является базисом для клинических решений?

2. Уточните значение интервью для установления МКБ и DSM-диагнозов?
3. Перечислите специфические различия организации консультативного процесса при работе психолога с психосоматическими расстройствами в специализированном консультативном центре и при работе в режиме частной практики?
4. Как соотносятся между собой факторы, влияющие на определение частоты встреч при работе психолога с клиентами, имеющими психосоматические расстройства?
5. Объясните роль и значение определения подбора методик при работе психолога с психосоматическими расстройствами?
6. Являются ли требования к вопросам, предъявляемым психологом в работе с клиентами, имеющими психосоматические расстройства объективными?
7. Приведите примеры вопросов, предъявляемым психологом в работе с клиентами, имеющими психосоматические расстройства, которые желательны для увеличения эффективности психологической работы?

Тема 8. Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики. Семинарское занятие № 21.

1. Принципы организации работы с психосоматическими клиентами.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Перечислить группы факторов, способствующих развитию психических нарушений у соматических больных?
2. Задачи психиатрического консультирования соматического больного?
3. Перечислить общие критерии соматогенного психического расстройства (по МКБ 10)?
4. Клиника астенического синдрома?
5. Перечислить эмоциональные расстройства, наиболее часто встречающиеся при соматических заболеваниях?
6. Внутренняя картина болезни – определение, содержание понятия (компоненты)?
7. Варианты внутренней картины болезни?
8. Дать определение ятрогении?
9. Перечислить наиболее частые психические нарушения, возникающие у онкологических больных (связь с этиологическим фактором)?
10. Перечислить наиболее частые психические нарушения в пред – и послеоперационном периоде?

5.4. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины для самостоятельного изучения	Учебно-методическая документация (список рекомендуемой литературы (основная, дополнительная), ресурсы «Интернет», информационно-справочные системы)	Учебно-методические средства
	Психосоматические расстройства	Основная литература Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.	Заполнение таблиц, беседа, дискуссия, терминологический словарь,

		<p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература Астапов В.М. Коррекционная педагогика с Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическое руководство/В.М.Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с. Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Интернет - ресурсы 1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 2.Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 3.Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/</p>	реферат, подготовка презентаций
Психические расстройства,		<p>Основная литература 1.Носс И. Н.Психодиагностика [Текст]:</p>	Тестирование, реферат,

<p>проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией</p>	<p>учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p style="text-align: center;">Дополнительная литература</p> <p>1.Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическое руководство/В.М.Воронов. —М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>2.Гусев А.Н. Психологические измерения. Теория. Методы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусев А.Н., Уточкин И.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2011.— 319 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8868.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>3.Корецкая И.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Корецкая И.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: Евразийский открытый институт, 2010.— 48 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/10698.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>4.Малкина-Пых И. Г. Психосоматика[Текст]: Справочник практического психолога/ Ирина Германовна Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.</p> <p>5.Психофармакология [Текст]:монография/ П. Д. Шабанов.- СПб.: Изд-во Н-Л, 2008.- 384с.</p> <p>6.</p> <p style="text-align: center;">Интернет - ресурсы</p> <p>1.Научная электронная библиотека – http://elibrary.ru</p> <p>2. Электронная библиотека РНБ – http://www.nlr.ru</p> <p>3. Мир психологии - http://psychology.net.ru/</p> <p>4.Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm</p> <p>5.Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/</p> <p>6.ПСИХЕЯ–http://www.psycheya.ru/inf/info</p>	<p>составление таблиц, терминологический словарь</p>
---	--	--

		<p>links.html</p> <p>7. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p> <p>8. Psychology – http://www.psychology.ru/</p>	
	Основы невротологии	<p>Основная литература</p> <p>1. Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>7. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с</p> <p>8. Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж., Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>9. Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. —М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>10. Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>11. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p>	Работа в малых группах, решение задач, анализ конкретных ситуаций реферат, терминологический словарь,

		<p style="text-align: center;">Интернет - ресурсы</p> <p>1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 2. Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 3. Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p>	
	<p>Диагностика психосоматических расстройств</p>	<p style="text-align: center;">Основная литература</p> <p>1. Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p style="text-align: center;">Дополнительная литература</p> <p>1. Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. – М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с. 2. Гусев А.Н. Психологические измерения. Теория. Методы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусев А.Н., Уточкин И.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2011.— 319 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8868.— ЭБС «IPRbooks», по паролю 3. Корецкая И.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Корецкая И.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: Евразийский открытый институт, 2010.— 48 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/10698.— ЭБС «IPRbooks», по паролю 4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст]: Справочник практического психолога/ Ирина Германовна Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с. 5. Психофармакология [Текст]: монография/ П. Д. Шабанов.- СПб.: Изд-во Н-Л, 2008.- 384с. 6.</p> <p style="text-align: center;">Интернет - ресурсы</p> <p>1. Научная электронная библиотека – http://elibrary.ru 2. Электронная библиотека РНБ – http://www.nlr.ru 3. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 4. Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 5. Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 6. ПСИХЕЯ – http://www.psycheya.ru/inf/info</p>	<p>Работа в малых группах, решение задач, анализ конкретных ситуаций, доклад, дискуссия, беседа, терминологический словарь, реферат</p>

		<p>links.html</p> <p>7. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p> <p>8. Psychology – http://www.psychology.ru/</p>	
Принципы интервьюирования психосоматических клиентов		<p style="text-align: center;">Основная литература</p> <p>1. Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p style="text-align: center;">Дополнительная литература</p> <p>1. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с</p> <p>2. Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж., Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>3. Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. —М.: Ника-Центр, 2002. — 345 с.</p> <p>4. Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>5. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p style="text-align: center;">Интернет - ресурсы</p> <p>1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/</p> <p>2. Вопросы психологии — http://www.voppsy.ru/tr.htm</p> <p>3. Московский психологический журнал — http://www.mospsy.ru/</p> <p>4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p>	Реферат, дискуссия, беседа,

5.4.1. Перечень информационных технологий, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости):

СПС «Консультант Плюс» (локальная сеть Института)

ЭБС «IPRbooks» [URL:http://www.iprbookshop.ru/11020](http://www.iprbookshop.ru/11020) или локальная сеть Института

Компьютерная презентация лекций (Power Point)

Рабочее место в Институте, оборудованное компьютером с выходом в сеть Интернет

Локальная сеть Волгоградского гуманитарного института (учебно-методическая документация)

Электронная почта студента ВгГИ (_____@vggi.ru)

Поисковые системы: <http://www.yandex.ru/>; <https://www.google.ru/>; <https://mail.ru/>

5.4.2. Методические указания обучающемуся для осуществления самостоятельной работы

Одним из основных методов овладения знаниями является *самостоятельная работа студентов*, объем которой определяется учебно-методическим комплексом в часах для каждой категории студентов по данному направлению. Самостоятельная работа планируется, с учетом расписания занятий и тематического плана по дисциплине «Основы психосоматики». Проводя самостоятельную работу, обучающиеся опираются на методические советы и рекомендации преподавателя.

Внедрение этой формы обучения, думается, будет способствовать повышению качества образования. Во-первых, за счет того, что каждый студент при личной встрече с преподавателем сможет решить именно те, проблемы, которые возникают у него при изучении материала и реализации изученного на практике. Тогда, как в группе решаются проблемы не доступные пониманию большинству студентов. Во-вторых, повысится уровень самостоятельности студента. Если при проведении группового занятия студент может не принимать активного участия в обсуждении и решении проблемы, или просто соглашаться с решениями, предложенными другими, то, работая самостоятельно, он вынужден будет решать проблему индивидуально, что в конечном итоге подготовит его к будущей практической деятельности. Студент также сможет самостоятельно планировать время, затрачиваемое им на постановку проблемы, ее решения, и составления отчета для преподавателя, что опять же будет способствовать повышению уровня образования данного студента.

Для повышения эффективности самостоятельной работы студентов рекомендуется следующий порядок ее организации. Сначала изучаются теоретические вопросы по соответствующей теме с проработкой основной и дополнительной литературы. Особое внимание следует обратить на понимание основных понятий и определений, что необходимо для правильного понимания и решения задач. Затем нужно самостоятельно разобрать и решить рассмотренные в тексте примеры, выясняя в деталях практическое значение выученного теоретического материала. После чего еще раз внимательно прочитать все вопросы теории, попутно решая соответствующие упражнения, приведенные в учебниках и сборниках задач.

Помощь в самостоятельной подготовке студенту окажут материалы учебно-методического комплекса. Они содержат перечень вопросов, которые необходимо изучить самостоятельно. К каждой теме прилагается список основной и дополнительной литературы, изучение которой будет способствовать наиболее полной подготовке к занятию. Студенту необходимо знать, что для подготовки достаточно использовать один из приведенных источников основной литературы; однако для расширения познаний необходимо обращаться к дополнительной литературе. Надо обратить внимание на то, что к

каждой теме приведены основные понятия и краткое содержание материала, необходимого для изучения.

Выполнение студентами самостоятельной работы контролируется в зависимости от задания в форме проверки: составления аналитического обзора проблемной ситуации, подготовки реферата, заполнения теста, разработки содержания и структуры различных видов деятельности психолога, экзамена. Все эти задания, темы рефератов и тесты для контроля знаний студентов можно найти в материалах учебно-методического комплекса в разделе: «Фонд оценочных средств».

Одной из форм контроля самостоятельной работы является тестирование. При подготовке *к тесту* обучающийся должен внимательно изучить материал, предложенный преподавателем и учебно-методическим комплексом (основные термины, вопросы для обсуждения, основную и дополнительную литературу); рассмотреть практические задачи, предложенные к данной теме; еще раз вернуться к теоретическим вопросам для закрепления материала.

Как правило, тесты включают в себя от 10 до 20 заданий. Студент должен выбрать из предложенных вариантов правильный ответ (ответы), подчеркнуть его или заполнить пробелы в тесте соответствующими понятиями.

Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- умение оперировать психологическими понятиями и категориями;
- умение грамотно анализировать психологические факты;
- умение самостоятельно диагностировать проблему;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой

при решении поставленных задач.

Студенты, давшие в результате 80 % и более правильных ответов получают оценку «отлично». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 60 % и более процентов получают оценку «хорошо». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 50 % и более процентов получают оценку «удовлетворительно». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на менее, чем 50 % вопросов получают оценку «неудовлетворительно».

Форма контроля – *реферат, доклад, аналитический обзор*. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Контрольные работы. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;

- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Оценка знаний, умений и навыков (компетенций) при интерактивных формах занятий. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

- умение оперировать психологическими понятиями и категориями;
- умение грамотно анализировать психологические факты;
- умение самостоятельно диагностировать психологические проблемы;

Критерии оценки и шкала оценивания знаний, умений, навыков:

5 БАЛЛОВ (отлично):

- систематизированные, полные знания по всем вопросам;
- свободное владение психологической терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы;
- четкое представление о сущности, характере и взаимосвязях психологических понятий и психических явлений;
- способность анализировать психологические проблемы, психологически правильно квалифицировать факты и обстоятельства;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- умение использовать научные достижения психологических и других связанных с ними дисциплин;
- ориентирование в специальной литературе;
- знание основных проблем базовых психологических дисциплин.

4 БАЛЛА (хорошо):

- в основном полные знания по всем вопросам;
- владение психологической терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы;
- четкое представление о сущности и взаимосвязях психологически значимых явлений;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- способность диагностировать психологические проблемы;

3 БАЛЛА (удовлетворительно):

- фрагментарные знания при ответе;
- владение психологической терминологией;
- неполное представление о сущности и взаимосвязях психически значимых

- явлений и процессов;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- способность диагностировать психологические проблемы;

2 БАЛЛА (неудовлетворительно):

- отсутствие знаний и компетенций;
- отсутствие представления о сущности, характере и взаимосвязях психологически значимых явлений;
- неумение оперировать психологической терминологией.

5.5. Образовательные технологии.

№ п/п	Тема занятия	Вид учебного занятия	Форма / методы активного, интерактивного, сетевого обучения	Количество часов
1.	Исторический экскурс в психосоматику	лекция	Презентация	2
2.	Общий обзор научно-практических направлений психосоматики	лекция	Презентация	4
3.	Психосоматические расстройства	семинар	Презентация	2
4.	Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией	семинар	Работа в малых группах, анализ конкретных ситуаций	2
5.	Основы неврологии	семинар	Работа в малых группах, анализ конкретных ситуаций	2
6.	Диагностика психосоматических расстройств	семинар	Работа в малых группах, анализ конкретных ситуаций	2
Итого:				14

Очно-заочная форма обучения

6. Объем дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы (108 часов), в т.ч. контактная работа обучающихся с преподавателем - лекционные занятия - 10 часов, практические занятия - 16 часов; консультирование студентов -20 часов, форма контроля – дифференцированный зачет 4 часа.

Самостоятельная работа 58 часов.

6.1. Учебно-тематический план дисциплины «Основы психосоматики»

№ п/п	Тема учебной дисциплины	Количество часов				
		Контактная работа		самост. работа	Консультирование	всего
		Лекции	практические занятия			
1.	Исторический экскурс в психосоматику	2		6	4	12
2.	Общий обзор научно-практических			8		8

	направлений психосоматики					
3.	Психосоматические расстройства	2	4	8	6	20
4.	Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией	2	2	8		2
5.	Основы невротологии	2	2	8		12
6.	Диагностика психосоматических расстройств	2	6	8	6	16
7.	Принципы интервьюирования психосоматических клиентов			8		8
8.	Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики.	-	2	4	4	10
	Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	Зачет с оценкой – 4 часа				
	ИТОГО:	10	16	58	20	108

6.2. Содержание лекционных занятий.

Тема 1. Исторический экскурс в психосоматику.

Основные понятия и классификация. Комплексный биопсихосоциальный подход к больному, учитывающая своеобразие взаимодействия (взаимозависимостей) психического и соматического в норме и при патологии. Виды психосоматических и соматопсихических нарушений. Соматопсихический аспект зависимостей между психическим и соматическим расстройством.

Тема 3. Психосоматические расстройства.

Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями. *Принципы психосоматической терапии.* Цели психосоматической помощи. Сбор анамнестических данных. Мультиmodalный опросник А. Лазаруса. Определение уровня алекситимии и степени социальной значимости болезни для пациента. Выявление доминирующего инстинкта по В. Гарбузову и показаний для проведения психотерапии по А. Беку. Приемы установления терапевтического контакта по В.Ф. Простомолотову. Гипнотерапия по М.Эриксону, НЛП, прогрессирующая мышечная релаксация по Э. Джейкобсону, аутотренинг и направленная органотренировка Клейнзорге и Клюббиса. Биообратная связь. Рациональная и когнитивная терапия В.Ф. Простомолотов, В.Д. Менделевич и С.Л. Соловьева, А. Бек. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса. Систематическая десенситизация по Дж. Вольпе. Ассертивный тренинг. Преодоление алекситимии по Н.Д.Семеновой и О.Ф. Макаровой. Анализ сновидений и выявление символического значения телесного симптома. Краткосрочная динамическая терапия. Групповая динамическая терапия по П. Куттеру и Г. Аммону. Психодинамически-ориентированная терапия Г. Фрайбергера. Когнитивно-динамическая терапия по А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян. Сомато-ориентированная психотерапия Маурер. Эмоционально-образная терапия Н.Д. Линде. Символдрама Х. Лейнера. Холотропная терапия С. Грофа. Двигательная терапия. Биоэнергетический анализ А. Лоуэна. Групповая гештальттерапия. Логотерапия В.Франкла. Позитивная терапия по Н. Пезешкиану. Арттерапия. Синтетическая терапия В. Кречмера.

Тема 4. Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией.

Диссоциативные расстройства движений и ощущений. Соматоформные расстройства. Клиническая картина других психических заболеваний. Особенности психических расстройств, проявляющиеся в соматической сфере и психических заболеваний, осложняющихся соматической патологией. Злоупотребление

психоактивными веществами, нарушения режима питания, «рискованное» поведение и др. Аддиктивные расстройства. Расстройства пищевого поведения.

Тема 5. Основы невротологии.

Определяющие характеристики невроза. Невротический синдром и его проявления. Этапы и формы неврозов. Варианты невротических конфликтов.

Тема 6. Диагностика психосоматических расстройств.

Классификация методов по А.Б.Орлову. Психопатологическая классификация психосоматических клиентов. Группы аффектов психодинамической диагностики. Мультимодальный опросник жизненной истории. Клинико-биографический метод. Общее семейно-диагностическое интервью. Характеристика уровней нарушений.

6.3. Содержание практических (семинарских) занятий.

Тема 3. Психосоматические расстройства.

Семинарское занятие №1

1. Виды и типологии психосоматических расстройств.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Дать определение психосоматической медицины.
2. Понятие о кольцевых психосоматических-соматопсихических зависимостях (привести пример).
3. Перечислить классические психосоматические заболевания
4. Перечислить общие признаки психосоматических расстройств.
5. Перечислить варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М.Губачев).
6. Перечислить психодинамические концепции развития психосоматических расстройств.
7. Понятие об алексетимии.
8. Дать описание типа личности А.

Составьте терминологический словарь:

психосоматическая зависимость, соматопсихическая зависимость, алексетимия.

Интерактивная форма проведения занятия: заполнение таблиц, демонстрация презентаций.

Семинарское занятие № 2.

1. Особенности «психосоматической семерки».

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания;
- 2) Недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Перечислить психофизиологические концепции развития психосоматических заболеваний.

2. Особенности личности, предрасполагающие к развитию гипертонической болезни.
3. Типы личности, предрасполагающие к развитию язвенной болезни.
4. Перечислить варианты механизмов нервно-психической провокации приступов бронхиальной астмы.
5. Факторы предрасположения и особенности личности, характерные для больных сахарным диабетом.
6. Перечислить преморбидные характеристики личности больного, определяющие эмоциональную лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса и др.

Составьте терминологический словарь:

«психосоматическая семерка»; эмоциональная лабильность; гипертоническая болезнь; артериальная гипертония; ишемическая болезнь сердца; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; язвенный колит; бронхиальная астма; нейродермит; гипертиреоз.

Тема 4. Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией.

1. Роль соматогенных и психогенных факторов в патогенезе психических нарушений.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Влияние соматического заболевания на психическое состояние клиента.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Назовите специфические феномены, характеризующие круг психических нарушений невротического, психотического или субпсихотического уровней?
2. Перечислите признаки условия появления соматически обусловленных психических нарушений по К. Шнайдеру?
3. Какова специфика рассмотрения этиопатогенеза психических расстройств при соматических заболеваниях?
4. Каково содержание специфических форм приоритетных задач распознавания и дифференциальной диагностики психических расстройств, связанных и не связанных с соматическим заболеванием клиента, назначение адекватного консультирования с учетом его психического и соматического статуса?

Составьте терминологический словарь:

клиника соматического заболевания; параллелизм психических и соматических расстройств; органическая симптоматика.

Тема 5. Основы неврологии.

1. Нозогенные психические расстройства.

Задания:

Подготовьте рефераты на тему:

- 1) Проблема выбора теоретической ориентации критериев психопатологии дезадаптивных личностных реакций на болезнь;
- 2) Типы теоретических ориентаций нозогенных психических расстройств;

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. В чем особенность дезадаптивной реакции личности на заболевание и его последствия?
2. Какое место занимает в соматопсихологии особенности реагирования личности на болезнь?
3. В каких случаях, и в каком порядке квалифицируются нозогенные психические расстройства?
4. В чем заключаются основные психологические феномены, рассматриваемые при исследовании проблемы взаимосвязей в системе личность-болезнь?

Составьте терминологический словарь:

«внутренней картины болезни», «личностный смысл болезни», «переживание болезни» «соматонозогнозия».

Интерактивная форма проведения занятия: работа в малых группах, анализ конкретных ситуаций.

Тема 6. Диагностика психосоматических расстройств.

Семинарское занятие 1

1. Диагностический инструментарий.

Занятие проводится в интерактивной форме

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

Разберите и уточните ситуации обращения к психологу, насколько, по Вашему мнению, они сопоставимы или наоборот не совместимы с проблемами психосоматики?

Задание:

1. Дайте характеристику измененному сознанию больного, тактика лечения, особенности режима терапии.

Больной 78 лет, находится на лечении по поводу дисциркуляторной энцефалопатии на неврологическом отделении соматического стационара вторые сутки. Днем укладывался в режим отделения, навещался родными, общался с врачом, обнаруживал умеренное интеллектуально – мнестическое снижение по сосудистому типу. В ночные часы состояние изменилось остро, стал беспокоен, тревожен, суетлив, не удерживался на месте, бродил по палатам, был убежден, что он «дома», искал какие – то вещи, на попытки медсестры переубедить реагировал агрессивно.

2. Определите психопатологический синдром, причину заболевания (соматогенное, психогенное), направления в терапии?

Больная 45 лет, 2 года назад перенесла тяжелую ЧМТ, обратилась к неврологу с жалобами на быструю утомляемость, вялость, слабость, разбитость даже после незначительных нагрузок, больше к вечеру, нарушен ночной сон, при этом сонлива днем. Отмечает близость к слезам, несвойственную ей ранее, ранима, обидчива, при этом чрезмерно раздражительна, участились ссоры с близкими, стала вспыльчива, гневлива, трудно сдержаться. Аппетит сохранен, не худела. В беседе – эмоционально лабильна, многоречива, обстоятельна, плачет, просит помочь.

3. Какие личностные особенности пациента можно предположить? В какой психопатологический синдром укладываются жалобы? Рекомендации по терапии.

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.

Интерактивная форма проведения занятия: работа в малых группах, решение задач, анализ конкретных ситуаций.

Семинарское занятие № 2.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

Разберите и уточните ситуации обращения к психологу, насколько, по Вашему мнению, они сопоставимы или наоборот не совместимы с проблемами психосоматики?

Задание:

1. Какие личностные особенности можно ожидать у пациентки? Какие психопатологические симптомы формируются? Какие психосоматические механизмы колебания АД можно предположить? Чем дополнить традиционную антигипертензивную терапию?

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).

2. Какое состояние развивается у пациента, как ему помочь? Какие профилактические мероприятия, ориентируясь на анамнез, необходимо было предпринять?

Больной 37 лет, находится на лечении на травматологическом отделении по поводу скелетной травмы (переломы ребер, плеча), полученной в результате ДТП 3 дня назад. Из анамнеза известно, что злоупотребляет спиртным, форма алкоголизации – запойная, неоднократно лечился у нарколога, в день травмы – признаки алкогольного опьянения средней степени. Со вчерашнего дня – обильный тремор, признаки вегетативной лабильности (гиперемия лица, потливость, повышенное АД, учащенный пульс), тревожен, не спал ночью. Сегодня к вечеру – крайне тревожен, суетлив, испуган, озирается по сторонам, к чему – то прислушивается, отвечает на несуществующие телефонные звонки, разговаривает без собеседника, пытается снять гипсовую повязку.

3. О каком расстройстве пищевого поведения можно думать? С чем связаны предъявляемые жалобы, о чем не говорит пациентка? Что, вероятнее всего, лежит в основе патогенеза расстройства пищевого поведения? Настороженность в плане дебюта какого эндогенного психического расстройства необходима, нужно ли настаивать на консультации психиатра?

Больная 18 лет, на прием к гастроэнтерологу привели родители, последние 2 года соблюдала разнообразные диеты, усиленно занималась спортом, за последние месяцы значительно похудела (вес 43 кг), жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, обследовалась по настоянию родителей, причина потери веса обнаружена не была. В беседе замкнута, отвечает односложно, контакт формальный, снижение веса значительным не считает, боится «толстеть», соглашается лишь, что «худеть дальше пока не надо», своей фигурой не довольна. Объяснить снижение веса не может, уверяет, что питается достаточно, перечисляет блюда, съеденные вчера. Потеряла интерес ко всему, не связанному со здоровым образом жизни, правильным питанием, перестала общаться с друзьями, с трудом закончила школу, конфликтует с родителями.

Семинарское занятие № 3.

1. Диагностический инструментарий.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Можно ли выделить множественность интервьюирования, почему?
2. Как Вы понимаете основные принципы структурного интервью по Кернбергу?
3. Уточните суть структурного интервью по Кернбергу и различные подходы к решению проблем с помощью данного метода?
4. В чем заключаются основные правила информирования клиентов при проведении структурного интервью по Кернбергу?

Тема 8. Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики.

1. Принципы организации работы с психосоматическими клиентами.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Перечислить группы факторов, способствующих развитию психических нарушений у соматических больных?
2. Задачи психиатрического консультирования соматического больного?
3. Перечислить общие критерии соматогенного психического расстройства (по МКБ 10)?
4. Клиника астенического синдрома?
5. Перечислить эмоциональные расстройства, наиболее часто встречающиеся при соматических заболеваниях?
6. Внутренняя картина болезни – определение, содержание понятия (компоненты)?
7. Варианты внутренней картины болезни?
8. Дать определение ятрогении?
9. Перечислить наиболее частые психические нарушения, возникающие у онкологических больных (связь с этиологическим фактором)?
10. Перечислить наиболее частые психические нарушения в пред – и послеоперационном периоде?

6.4. Консультативные занятия

Консультирование студентов по вопросам теоретического и практического усвоения учебного материала, преподаваемого в рамках учебной дисциплины и освоения практических навыков и умений, проводится в соответствии с реализуемым учебным планом.

6.5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы.

В процессе освоения учебной дисциплины «Основы психосоматики» студенты выполняют следующие виды самостоятельной работы: изучают теоретический материал по учебникам и учебным пособиям; готовятся к практическим занятиям; готовят рефераты; выполняют задания; решают тесты; решают задачи; готовятся к дифференциальному зачету.

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины для самостоятельного изучения	Учебно-методическая документация (список рекомендуемой литературы (основная, дополнительная), ресурсы «Интернет», информационно-справочные системы)	Учебно-методические средства
1.	Исторический экскурс в психосоматику	<p>Основная литература Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература Астапов В.М. Коррекционная педагогика с Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. —М.: Ника-Центр, 2002. — 345 с.</p> <p>Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p>	Устный опрос, дискуссия

		<p>Интернет - ресурсы</p> <p>1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 2. Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 3. Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p>	
2.	Общий обзор научно-практических направлений психосоматики.	<p>Основная литература</p> <p>Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>Астапов В.М. Коррекционная педагогика с Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые</p>	Дискуссия, беседа, терминологический словарь.

		<p>данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Интернет - ресурсы</p> <p>1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 2. Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 3. Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p>	
3.	Психосоматические расстройства	<p>Основная литература</p> <p>Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>Астапов В.М. Коррекционная педагогика с Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж., Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС</p>	Заполнение таблиц, беседа, дискуссия, терминологический словарь, реферат, подготовка презентаций

		<p>«IPRbooks», по паролю Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Интернет - ресурсы 1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 2. Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 3. Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p>	
4.	<p>Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией</p>	<p>Основная литература 2. Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература 12. Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]: практическое руководство/ В.М. Воронов. – М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с. 13. Гусев А.Н. Психологические измерения. Теория. Методы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусев А.Н., Уточкин И.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2011.— 319 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8868.— ЭБС «IPRbooks», по паролю 14. Корецкая И.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Корецкая И.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: Евразийский открытый институт, 2010.— 48 с.— Режим доступа:</p>	<p>Тестирование, реферат, составление таблиц, терминологический словарь</p>

		<p>http://www.iprbookshop.ru/10698.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>15.Малкина-Пых И. Г. Психосоматика[Текст]: Справочник практического психолога/ Ирина Германовна Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.</p> <p>16.Психофармакология [Текст]:монография/ П. Д. Шабанов.- СПб.: Изд-во Н-Л, 2008.- 384с.</p> <p>17.</p> <p>Интернет - ресурсы</p> <p>1.Научная электронная библиотека – http://elibrary.ru</p> <p>2. Электронная библиотека РНБ – http://www.nlr.ru</p> <p>3. Мир психологии - http://psychology.net.ru/</p> <p>4.Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm</p> <p>5.Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/</p> <p>6.ПСИХЕЯ–http://www.psycheya.ru/inf/info_links.html</p> <p>7. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p> <p>8. Psychology – http://www.psychology.ru/</p>	
5.	Основы неврологии	<p>Основная литература</p> <p>1.Носс И. Н.Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография/ Старовойтенко Е.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 431 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/36469.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>18.Астапов В.М. Коррекционная педагогика с</p> <p>19.Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим</p>	Работа в малых группах, решение задач, анализ конкретных ситуаций реферат, терминологический словарь,

		<p>доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>20.Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическое руководство/В.М.Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>21.Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>22.Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Интернет - ресурсы</p> <p>1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/</p> <p>2.Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm</p> <p>3.Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/</p> <p>4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p>	
6.	Диагностика психосоматических расстройств	<p>Основная литература</p> <p>2.Носс И. Н.Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>7.Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическое руководство/В.М.Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>8.Гусев А.Н. Психологические измерения. Теория. Методы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусев А.Н., Уточкин И.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2011.— 319 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8868.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>9.Корецкая И.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Корецкая И.А.— Электрон. текстовые</p>	Работа в малых группах, решение задач, анализ конкретных ситуаций, доклад, дискуссия, беседа, терминологический словарь, реферат

		<p>данные.— М.: Евразийский открытый институт, 2010.— 48 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/10698.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>10.Малкина-Пых И. Г. Психосоматика[Текст]: Справочник практического психолога/ Ирина Германовна Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.</p> <p>11.Психофармакология [Текст]:монография/ П. Д. Шабанов.- СПб.: Изд-во Н-Л, 2008.- 384с.</p> <p>12.</p> <p>Интернет - ресурсы</p> <p>1.Научная электронная библиотека – http://elibrary.ru</p> <p>2. Электронная библиотека РНБ – http://www.nlr.ru</p> <p>3. Мир психологии - http://psychology.net.ru/</p> <p>4.Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm</p> <p>5.Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/</p> <p>6.ПСИХЕЯ–http://www.psycheya.ru/inf/info-links.html</p> <p>7. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/)</p> <p>8. Psychology – http://www.psychology.ru/</p>	
7.	Принципы интервьюирования психосоматических клиентов	<p>Основная литература</p> <p>1. Носс И. Н.Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. И доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>6.Астапов В.М. Коррекционная педагогика с</p> <p>7.Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. Текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>8.Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическое руководство/В.М.Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>9.Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон.</p>	Реферат, дискуссия, беседа,

		<p>Текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>10.Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. Текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Интернет – ресурсы</p> <p>1. Мир психологии—http://psychology.net.ru/</p> <p>2.Вопросы психологии — http://www.voppsy.ru/tr.htm</p> <p>3.Московский психологический журнал — http://www.mospsy.ru/</p> <p>4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/</p>	
8.	Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики.	<p>Основная литература</p> <p>1. Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.</p> <p>Дополнительная литература</p> <p>11.Астапов В.М. Коррекционная педагогика с</p> <p>12.Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/8863.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>13.Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическоеруководство/В.М.Воронов. –М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.</p> <p>14.Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6330.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>15.Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г.,</p>	Устный опрос, беседа

		<p>Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22985.— ЭБС «IPRbooks», по паролю</p> <p>Интернет - ресурсы</p> <p>1. Мир психологии - http://psychology.net.ru/ 2. Вопросы психологии – http://www.voppsy.ru/tr.htm 3. Московский психологический журнал – http://www.mospsy.ru/ 4. Институт развития личности (http://www.ipd.ru/</p>	
--	--	--	--

6.5.1. Перечень информационных технологий, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости):

СПС «Консультант Плюс» (локальная сеть Института)
ЭБС «IPRbooks» URL: <http://www.iprbookshop.ru/11020> или локальная сеть Института
Компьютерная презентация лекций (Power Point)
Рабочее место в Институте, оборудованное компьютером с выходом в сеть Интернет
Локальная сеть Волгоградского гуманитарного института (учебно-методическая документация)
Электронная почта студента ВГГИ (_____@vggi.ru)
Поисковые системы: <http://www.yandex.ru/>; <https://www.google.ru/>; <https://mail.ru/>

6.5.2. Методические указания обучающемуся для осуществления самостоятельной работы

Одним из основных методов овладения знаниями является *самостоятельная работа студентов*, объем которой определяется учебно-методическим комплексом в часах для каждой категории студентов по данному направлению. Самостоятельная работа планируется, с учетом расписания занятий и тематического плана по дисциплине «Основы психосоматики». Проводя самостоятельную работу, обучающиеся опираются на методические советы и рекомендации преподавателя.

Внедрение этой формы обучения, думается, будет способствовать повышению качества образования. Во-первых, за счет того, что каждый студент при личной встрече с преподавателем сможет решить именно те, проблемы, которые возникают у него при изучении материала и реализации изученного на практике. Тогда, как в группе решаются проблемы не доступные пониманию большинству студентов. Во-вторых, повысится уровень самостоятельности студента. Если при проведении группового занятия студент может не принимать активного участия в обсуждении и решении проблемы, или просто соглашаться с решениями, предложенными другими, то, работая самостоятельно, он вынужден будет решать проблему индивидуально, что в конечном итоге подготовит его к будущей практической деятельности. Студент также сможет самостоятельно планировать время, затрачиваемое им на постановку проблемы, ее решения, и составления отчета для преподавателя, что опять же будет способствовать повышению уровня образования данного студента.

Для повышения эффективности самостоятельной работы студентов рекомендуется следующий порядок ее организации. Сначала изучаются теоретические вопросы по соответствующей теме с проработкой основной и дополнительной литературы. Особое внимание следует обратить на понимание основных понятий и определений, что необходимо для правильного понимания и решения задач. Затем нужно самостоятельно разобрать и решить рассмотренные в тексте примеры, выясняя в деталях практическое значение выученного теоретического материала. После чего еще раз внимательно прочитать все вопросы теории, попутно решая соответствующие упражнения, приведенные в учебниках и сборниках задач.

Помощь в самостоятельной подготовке студенту окажут материалы учебно-методического комплекса. Они содержат перечень вопросов, которые необходимо изучить самостоятельно. К каждой теме прилагается список основной и дополнительной литературы, изучение которой будет способствовать наиболее полной подготовке к занятию. Студенту необходимо знать, что для подготовки достаточно использовать один из приведенных источников основной литературы; однако для расширения познаний необходимо обращаться к дополнительной литературе. Надо обратить внимание на то, что к каждой теме приведены основные понятия и краткое содержание материала, необходимого для изучения.

Выполнение студентами самостоятельной работы контролируется в зависимости от задания в форме проверки: составления аналитического обзора проблемной ситуации, подготовки реферата, заполнения теста, разработки содержания и структуры различных видов деятельности психолога, экзамена. Все эти задания, темы рефератов и тесты для контроля знаний студентов можно найти в материалах учебно-методического комплекса в разделе: «Фонд оценочных средств».

Одной из форм контроля самостоятельной работы является тестирование. При подготовке *к тесту* обучающийся должен внимательно изучить материал, предложенный преподавателем и учебно-методическим комплексом (основные термины, вопросы для обсуждения, основную и дополнительную литературу); рассмотреть практические задачи, предложенные к данной теме; еще раз вернуться к теоретическим вопросам для закрепления материала.

Как правило, тесты включают в себя от 10 до 20 заданий. Студент должен выбрать из предложенных вариантов правильный ответ (ответы), подчеркнуть его или заполнить пробелы в тесте соответствующими понятиями.

Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- умение оперировать психологическими понятиями и категориями;
- умение грамотно анализировать психологические факты;
- умение самостоятельно диагностировать проблему;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач.

Студенты, давшие в результате 80 % и более правильных ответов получают оценку «отлично». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 60 % и более процентов получают оценку «хорошо». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 50 % и более процентов получают оценку «удовлетворительно». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на менее, чем 50 % вопросов получают оценку «неудовлетворительно».

Форма контроля – *реферат, доклад, аналитический обзор*. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Контрольные работы. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Оценка знаний, умений и навыков (компетенций) при интерактивных формах занятий. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

-умение оперировать психологическими понятиями и категориями;

-умение грамотно анализировать психологические факты;

-умение самостоятельно диагностировать психологические проблемы;

Критерии оценки и шкала оценивания знаний, умений, навыков:

5 БАЛЛОВ (отлично):

- систематизированные, полные знания по всем вопросам;
- свободное владение психологической терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы;
- четкое представление о сущности, характере и взаимосвязях психологических понятий и психических явлений;
- способность анализировать психологические проблемы, психологически правильно квалифицировать факты и обстоятельства;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- умение использовать научные достижения психологических и других

- связанных с ними дисциплин;
- ориентирование в специальной литературе;
- знание основных проблем базовых психологических дисциплин.

4 БАЛЛА (хорошо):

- в основном полные знания по всем вопросам;
- владение психологической терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы;
- четкое представление о сущности и взаимосвязях психологически значимых явлений;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- способность диагностировать психологические проблемы;

3 БАЛЛА (удовлетворительно):

- фрагментарные знания при ответе;
- владение психологической терминологией;
- неполное представление о сущности и взаимосвязях психически значимых явлений и процессов;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- способность диагностировать психологические проблемы;

2 БАЛЛА (неудовлетворительно):

- отсутствие знаний и компетенций;
- отсутствие представления о сущности, характере и взаимосвязях психологически значимых явлений;
- неумение оперировать психологической терминологией.

6.6. Образовательные технологии.

№ п/п	Тема занятия	Вид учебного занятия	Форма / методы активного, интерактивного обучения	Количество часов
1.	Психосоматические расстройства	семинар	Презентация	2
2.	Диагностика психосоматических расстройств	семинар	Работа в малых группах, решение задач, анализ конкретных ситуаций	2
Итого:				4

7. Перечень основной и дополнительной литературы:

Основная литература

1. Носс И. Н. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров / И. Н. Носс. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Юрайт. 2014. - 500с.
2. Старовойтенко Е.Б. Персонология. Жизнь личности в культуре [Электронный ресурс]: монография / Старовойтенко Е.Б. — Электрон. текстовые данные. — М.: Академический Проект, 2015. — 431 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/36469>. — ЭБС «IPRbooks», по паролю

Дополнительная литература

1. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Астапов В.М. — Электрон. текстовые

- данные.— М.: Пер Сэ, 2012.— 176 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/7428>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 2.Батюта М.Б. Возрастная психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Батюта М.Б., Князева Т.Н.— Электрон. текстовые данные.— М.: Логос, 2011.— 304 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/9057>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 3.Бержере Ж. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бержере Ж. , Бекаш А., Буланже Ж.Ж.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2008.— 397 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8863>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 4.Воронов, В.М. Психосоматика [Текст]:практическое руководство/В.М.Воронов. – М.: Ника-Центр, 2002. – 345 с.
- 5.Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Глозман Ж.М.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2013.— 254 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11250>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 6.Глозман Ж.М. Практическая нейропсихология. Помощь неуспевающим школьникам [Электронный ресурс]/ Глозман Ж.М.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2013.— 288 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11251>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 7.Гусев А.Н. Психологические измерения. Теория. Методы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусев А.Н., Уточкин И.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2011.— 319 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8868>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 8.Гусева Т.И. Психология личности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гусева Т.И., Катарьян Т.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6330>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 9.Данилова Н.Н. Психофизиология [Электронный ресурс]: учебник/ Данилова Н.Н.— Электрон. текстовые данные.— М.: Аспект Пресс, 2012.— 368 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8869>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 10.Детская патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия/ — Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2010.— 351 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15245>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 11.Ждан А. Н. Зоопсихология и сравнительная психология[Текст]: учебник/Г. Г. Филиппова.- М.: Академия, 2012.- 543с.
- 12.История психологии: от Античности до наших дней[Текст]: учебник для вузов.- 9-е изд., испр. и доп.- М.: Академический проект; Трикста, 2012.- 587с.
- 13.Корецкая И.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Корецкая И.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: Евразийский открытый институт, 2010.— 48 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/10698>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 14.Кулаков, С.А. Основы психосоматики [Текст]:учебник для вузов/С.А.Кулаков. - СПб.: Речь, 2003.- 288с.: ил.
- 15.Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
- 16.Малкина-Пых И. Г. Психосоматика[Текст]: Справочник практического психолога/ Ирина Германовна Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
- 17.Мельникова Н.А. Социальная психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Мельникова Н.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная

- книга, 2012.— 159 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6336>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
18. Нейропсихология [Текст]: учебник для вузов / Е. Д. Хомская. - 4-е изд. (+СД).- СПб.: Питер, 2014.- 496с.: ил.
19. Николаева Е.И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии [Электронный ресурс]: учебник/ Николаева Е.И.— Электрон. текстовые данные.— М.: Пер Сэ, 2012.— 624 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/7441>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
20. Носс И. Н. Патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия/ — Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2000.— 289 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15568>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
21. Практикум по общей и медицинской психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ В.В. Марилев [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Российский университет дружбы народов, 2011.— 232 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11575>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
22. Психодиагностика. Теория и практика [Текст]: учебник для бакалавров*/Под ред. М. К. Акимовой.- М.: Юрайт. 2014.- 631с.
23. Психодиагностика [Текст]: учебник для бакалавров*/ И. Н. Носс.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 500с.
24. Психофармакология [Текст]: монография/ П. Д. Шабанов.- СПб.: Изд-во Н-Л, 2008.- 384с.
25. Резепов И.Ш. Общая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Резепов И.Ш.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2012.— 109 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/1140>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
26. Роут Шелдон Психотерапия. Искусство постигать природу [Электронный ресурс]: монография/ Роут Шелдон— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2002.— 346 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3877>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
27. Сонди Леопольд Учебник экспериментальной диагностики влечений. Глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании [Электронный ресурс]/ Сонди Леопольд— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, 2005.— 557 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15314>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
28. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса [Электронный ресурс]: теория и практика/ Тарабрина Н.В.— Электрон. текстовые данные.— М.: Когито-Центр, Институт психологии РАН, 2009.— 304 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15604>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
29. Фомина А.Н. Педагогическая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Фомина А.Н., Шабанова Т.Л.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2014.— 333 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/19532>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
30. Челдышова Н.Б. Социальная психология [Электронный ресурс]: курс лекций/ Челдышова Н.Б.— Электрон. текстовые данные.— М.: Экзамен, 2009.— 173 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/1148>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
31. Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Човдырова Г.С., Клименко Т.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012.— 247 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/16284>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
32. Шабанов П.Д. Экспериментальная психология [Текст]: учебник для бакалавров/ Т. В. Корнилова.- 3-е изд. перераб. и доп.- М.: Юрайт. 2014.- 640с.

33.2. Шамрей В.К. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение [Электронный ресурс]/ Шамрей В.К., Краснов А.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2013.— 288 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47760>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

8. Перечень ресурсов информационно-коммуникационной сети «Интернет»

1. Электронная гуманитарная библиотека – <http://www.gumfak.ru>
2. Научная электронная библиотека – <http://elibrary.ru>
3. Электронная библиотека РНБ – <http://www.nlr.ru>
4. Мир психологии - <http://psychology.net.ru/>
5. Вопросы психологии – <http://www.voppsy.ru/tr.htm>
6. Московский психологический журнал – <http://www.mospsy.ru/>
7. ПСИХЕЯ – <http://www.psycheya.ru/inf/info links.html>
8. Институт развития личности (<http://www.ipd.ru/>)
9. Psychology – <http://www.psycheya.ru/>
10. Психологический словарь – <http://psi.webzone.ru/index.htm>

9. Перечень информационных технологий, включая перечень программного обеспечения и информационно-справочные системы

СПС «Консультант Плюс» (локальная сеть Института)
 ЭБС «IPRbooks» [URL:http://www.iprbookshop.ru/11020](http://www.iprbookshop.ru/11020) или локальная сеть Института
 Компьютерная презентация лекций (Power Point)
 Рабочее место, оборудованное компьютером с выходом в сеть Интернет
 Локальная сеть Волгоградского гуманитарного института (учебно-методическая документация)
 Электронная почта студента ВрГИ (_____@vggi.ru)
 Поисковые системы: <http://www.yandex.ru/>; <https://www.google.ru/>; <https://mail.ru/>

10. Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование	Наименование помещения или оборудования
1.	Специализированные аудитории:	Кабинет психологии, компьютерный класс
2.	Специализированная мебель и оргсредства	Мягкая мебель для снятия эмоциональной нагрузки
3.	Специальное оборудование:	Проектор, DVD
4.	Технические средства обучения:	Интерактивная доска, ноутбуки, компьютеры
5.	Иное	Наглядные пособия, коллекция музыки

11. Методические указания для обучающихся

Изучение дисциплины «Основы психосоматики» обусловлено большой как теоретической, так и практической значимостью. В процессе изучения дисциплины происходит ознакомление студентов с теоретическими основами взаимосвязи между психическим и физическим (соматическим) естественным интегрирующим механизмом функционирования человека посредством опоры на базовые представления

патопсихологии, психологии личности, психотерапии, психологии общения; с этическими и деонтологическими аспектами психосоматики.

В начальной части курса полученные ранее знания актуализируют – создается мотивационная основа учебной работы студентов, раскрываются идеологические и методологические аспекты проблемы. На семинарских занятиях предполагается закрепление и углубление теоретических знаний, а также ознакомление студентов с элементами практической работы психолога. На практических занятиях студенты экспериментально проверяют полученные теоретические сведения.

Изучение дисциплины заключается в посещении лекционных и практических занятий и выполнении самостоятельной работы студентом.

Студенты ведут конспекты, дорабатывают их, изучая основную и дополнительную литературу. Помимо изучения теоретического и материала студент должен уметь грамотно применить его на практике.

На практических занятиях студенты участвуют в обсуждении всех запланированных вопросов, решают практические задачи и тесты. Студенты также выполняют различные задания, направленные на глубокое овладение знаниями учебной дисциплины.

Целью проведения практических занятий является закрепление теоретического и практического материала, полученного студентом на лекционных занятиях.

На практических занятиях активно используются интерактивные формы организации деятельности учащихся.

В деловой игре большая эффективность усвоения учебного материала по сравнению с традиционными формами обучения (например, лекцией) достигается не только за счет более полного воссоздания реальных условий профессиональной деятельности, но и за счет более полного личностного включения обучающихся в игровую ситуацию, интенсификации межличностного общения, наличия ярких эмоциональных переживаний успеха или неудачи. В отличие от дискуссионных и тренинговых методов здесь возникает возможность направленного вооружения обучаемого эффективными средствами для решения задач, задаваемых в игровой форме, и воспроизводящих контекст значимых элементов профессиональной деятельности.

Ролевая игра – это разыгрывание участниками группы ситуации с заранее распределенными ролями в интересах овладения определенной поведенческой или эмоциональной стороной жизненных ситуаций. Ролевая игра проводится в небольших группах (3-5 участников). Участники получают задание на карточках (на доске, листах бумаги и т.д.), распределяют роли, обыгрывают ситуацию и представляют (показывают) всей группе. Преимущество этого метода в том, что каждый из участников может представить себя в предложенной ситуации, ощутить те или иные состояния более реально, почувствовать последствия тех или иных действий и принять решение.

Данная форма работы применяется для моделирования поведения и эмоциональных реакций людей в тех или иных ситуациях путем конструирования игровой ситуации, в которой такое поведение предопределено заданными условиями.

На практических занятиях активно используется такая форма, как разработка проектов определённых психолого-педагогических документов.

Дискуссия – это публичное выступление или свободный вербальный обмен знаниями, суждениями, идеями или мнениями по поводу какого-либо спорного вопроса, проблемы. Ее существенными чертами являются сочетание взаимодополняющего диалога и обсуждения-спора, столкновение различных точек зрения, позиций. Дискуссию рассматривают как метод интерактивного обучения и как особую технологию. В качестве метода дискуссия используется в других формах обучения: семинарских занятиях, тренингах, деловых играх, кейс-технологиях. Дискуссия может включать в себя «мозговой штурм», анализ ситуаций и т.д.

По сравнению с лекционно-семинарской формой обучения дискуссия имеет ряд преимуществ:

1. Дискуссия обеспечивает активное, глубокое, личностное усвоение знаний. Хотя лекция является более экономичным способом передачи знаний, дискуссия может иметь гораздо более долгосрочный эффект, особенно в случаях, когда обсуждаемый материал идет вразрез с установками некоторых членов группы либо включает неприятные или спорные вопросы. Активное, заинтересованное, эмоциональное обсуждение ведет к осмысленному усвоению новых знаний. Может заставить обучающегося задуматься, изменить или пересмотреть свои установки.

2. Во время дискуссии осуществляется активное взаимодействие обучающихся. Активное участие в дискуссии раскрепощает обучающихся, развивает коммуникативные навыки, формирует уверенность в себе. Как правило, дискуссия подразумевает высокий уровень вовлеченности группы. Но почти всегда имеются участники, которые проявляют пассивность, не желая присоединиться к обсуждению. Однако если группа, тема и вопросы тщательно подобраны, то отдельным участникам становится очень трудно уклониться и не внести свой вклад в дискуссию.

3. Обратная связь с обучающимися. Дискуссия обеспечивает видение того, насколько хорошо группа понимает обсуждаемые вопросы.

Для повышения эффективности подготовки студентов **к практическому занятию** рекомендуется следующий порядок ее организации. Сначала изучаются теоретические вопросы по соответствующей теме с проработкой, как конспектов лекций, так и учебников. Особое внимание следует обратить на понимание основных понятий и определений, что необходимо для правильного понимания и решения задач.

Помощь в этом вопросе студенту окажут материалы *учебно-методического комплекса*.

Во-первых, они содержат перечень вопросов, которые рассматривались на лекционном занятии. Если обучающийся по каким-либо причинам не посетил его, к каждой теме дана литература, которая поможет восполнить пробелы.

Во-вторых, материалы учебно-методического комплекса содержат перечень вопросов, которые будут рассматриваться на практическом занятии. К каждой теме прилагается список основной и дополнительной литературы, изучение которой будет способствовать наиболее полной подготовке к занятию. Обучающемуся необходимо знать, что для подготовки достаточно использовать один из приведенных источников основной литературы. Для расширения познаний необходимо обращаться к дополнительной литературе. Использование дополнительной литературы становится обязательным, если на это прямо указал преподаватель.

В-третьих, материалы учебно-методического комплекса содержат методические указания для обучающегося. В первую очередь надо обратить внимание на то, что к каждой теме приведены основные понятия и краткое содержание материала, необходимого для изучения.

В-четвертых, материалы учебно-методического комплекса содержат задачи и ситуации для обсуждения. В целях более глубокого изучения дисциплины, формирования навыков и умений письменного изложения проблемы, студентам предлагается решать задачи письменно.

С целью проверки глубины усвоения пройденного материала, а также в рамках подготовки к промежуточной аттестации, обучающиеся выполняют тесты.

При подготовке к *тесту* обучающийся должен внимательно изучить материал, предложенный преподавателем и изложенный в учебно-методическом комплексе (основные термины, вопросы для обсуждения, основную и дополнительную литературу); рассмотреть практические задачи, предложенные к данной теме; еще раз вернуться к теоретическим вопросам для закрепления материала.

Как правило, тесты включает в себя от 10 до 20 заданий. На ознакомление с вопросами и формулирование ответа студенту отводится 20 минут. Студент должен выбрать из предложенных вариантов правильный ответ и подчеркнуть его.

Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- умение оперировать психологическими понятиями и категориями;
- умение психологически грамотно анализировать психологические факты и возникающие в связи с ними отношения клиент-психолог;
- умение адекватно применять знания, умения и навыки в различных профессиональных ситуациях;
- развитие навыков самостоятельной работы с нормативными актами в области психологии, материалами психологической практики, учебной и научной литературой при решении поставленных задач.

Студенты, давшие в результате 80 % и более правильных ответов получают оценку «отлично». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 60 % и более процентов получают оценку «хорошо». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 50 % и более процентов получают оценку «удовлетворительно». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на менее, чем 50 % вопросов получают оценку «неудовлетворительно».

Форма контроля – *реферат, доклад*. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с типичными документами в области психологии, материалами психологической практики, учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Контрольные работы. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с нормативно-диагностическими документами в области психологии, материалами психологической практики, учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы контрольной работы и их анализа;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Оценка знаний, умений и навыков (компетенций) при интерактивных формах занятий. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с нормативно-диагностическими документами в области психологии, материалами психологической практики, учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;
- выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть вопроса;
- развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;
- закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.
- умение оперировать психологическими понятиями и категориями;
- умение психологически грамотно интерпретировать психологические факты.

Критерии оценки и шкала оценивания знаний, умений, навыков:

5 БАЛЛОВ (отлично):

- систематизированные, полные знания по всем вопросам;
- свободное владение психологической терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы;
- четкое представление о сущности, характере и взаимосвязях психологических понятий и психологически значимых явлений;
- способность верно интерпретировать факты и обстоятельства с точки зрения проявления психологических явлений;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- умение использовать научные достижения психологии и других связанных с ней дисциплин;
- ориентирование в специальной литературе;
- знание основных проблем базовых психологических дисциплин.

4 БАЛЛА (хорошо):

- в основном полные знания по всем вопросам;
- владение психологической терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы;
- четкое представление о сущности и взаимосвязях психологически значимых явлений;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- способность верно интерпретировать психологические явления и факты.

3 БАЛЛА (удовлетворительно):

- фрагментарные знания при ответе;
- владение психологической терминологией;
- неполное представление о сущности и взаимосвязях психологически значимых явлений и процессов;
- умение обосновать излагаемый материал практическими примерами;
- способность верно интерпретировать психологические явления и факты.

2 БАЛЛА (неудовлетворительно):

- отсутствие знаний и компетенций;
- отсутствие представления о сущности, характере и взаимосвязях психологически значимых явлений;

- неумение оперировать психологической терминологией.

Завершающей формой контроля изучения курса «Основы психосоматики» является дифференцированный зачет. Вопросы к зачету содержатся в учебно-методическом комплексе дисциплины. При подготовке к зачету студент должен руководствоваться следующими положениями:

- определить к какой из изученных тем относится вопрос;
- при помощи учебно-методического комплекса определить объем содержания данного вопроса;
- изучить основные положения данного вопроса, используя конспекты лекций, основную и дополнительную литературу, указанную в материалах учебно-методического комплекса.

Зачет.

При оценивании знаний, умений и навыков студентов учитывается:

- умение оперировать понятиями и категориями;
- умение грамотно анализировать психологические факты и возникающие в связи с ними явления;
- умение самостоятельно толковать изученный материал, делать выводы;
- умение давать квалифицированные заключения по проанализированным данным;
- умение психологически грамотно интерпретировать психологические факты;
- владение культурой мышления, способность к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения;
- способность логически верно, аргументировано и ясно строить устную и письменную речь;
- способность анализировать психологически значимые проблемы и процессы;
- способность понимать сущность и значение психологической науки в развитии современного общества.

В результате использования форм обучения, рассмотренных выше, студенты должны получить комплексные знания по дисциплине, практике применения методов и приемов корректирования деятельности личности, умения применять изученные техники в процессе практической деятельности, грамотно организовывать различные виды психологической помощи. Студенты должны комплексно подходить к решению поставленных проблем и быть самостоятельными в принятии решений.

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ»**

Рассмотрено и утверждено

Оценочные материалы

«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

1.1. Описание индикаторов достижения компетенций (показателей оценивания) и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания.

<p>Наименование и код компетенции (Результаты освоения программы бакалавриата)</p>	<p>Этапы формирования компетенции (разделы, темы дисциплины, изучение которых формирует компетенцию)</p>	<p>Индикатор достижения компетенций Составляющие результатов освоения Показатели оценивания (знания, умения, навыки)</p>
<p>Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач (УК – 1)</p>	<p>Исторический экскурс в психосоматику Общий обзор научно-практических направлений психосоматики Психосоматические расстройства Принципы интервьюирования психосоматических клиентов Психологическая помощь и перспективы развития психосоматики. Исторический экскурс в психосоматику</p>	<p>Знать: основные характеристики процесса восприятия личности другого человека; правила установления доверительного контакта; форму и структуру ведения диалога; методы и средства убеждения людей с учетом их конфессиональных и культурных различий</p> <p>Уметь: формулировать и анализировать проблемы восприятия личности другого; учитывать факторы, связанные с этноконфессиональными и культурными различиями; устанавливать доверительные контакты; вести диалог; убеждать людей; поддерживать людей в различных ситуациях</p> <p>Формируемые навыки: способность к восприятию личности другого; эмпатия; возможность установления доверительного контакта и диалога; способность к убеждению; готовность к поддержке людей с учетом их этноконфессиональных и культурных особенностей</p>
<p>Способен выполнять свои профессиональные функции в организациях разного типа, осознанно соблюдая организационные политики и процедуры (ОПК</p>	<p>Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией Основы неврологии Диагностика психосоматических расстройств Общий обзор научно-практических направлений психосоматики Психосоматические расстройства</p>	<p>Знать: стандартные психодиагностические методики, методы математико-статистической обработки данных, методы интерпретации полученных данных</p> <p>Уметь: определять и применять психодиагностические методики адекватно целям, ситуации и контингенту респондентов, проводить математико-статистическую обработку полученных данных и</p>

– 8)	Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией	интерпретировать их Формируемые навыки: владеть полученными знаниями и навыками в процессе психодиагностического изучения личности, математико-статистической обработки и интерпретации полученных данных
------	--	---

К разделам № 1-6 (устный ответ, активные и интерактивные формы, зачет)

Шкала оценивания	Критерии оценивания
отлично	<p>Выставляется студенту, если он проявил следующие знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> свободное владение научной терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы; умение использовать научные достижения психологических и других связанных с ними дисциплин; систематизированные, полные знания по всем вопросам, входящим в показатель «знать» соответствующей компетенции; четкое представление о сущности, характере и взаимосвязях понятий и явлений психологии; знание основных проблем психологической дисциплины; ориентирование в специальной литературе; знания отличаются глубиной и содержательностью; ответ студента структурирован, содержит анализ существующих теорий, научных школ, направлений и их авторов; логично и доказательно раскрывает предложенную проблему; ответ характеризуется глубиной, полнотой и не содержит фактических ошибок; ответ иллюстрируется примерами, в том числе из собственной практики; демонстрирует умение аргументировано вести диалог и научную дискуссию; проявляет навыки: подбора средств психодиагностики в зависимости от решаемых задач; построения психологического диагноза; реализации основных консультативных методик.
хорошо	<p>Выставляется студенту, если он проявил следующие знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> владение научной терминологией, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответов на вопросы; в основном полные знания по всем вопросам тем, формирующим компетенцию; четкое представление о сущности, характере и взаимосвязях понятий; умение обосновать излагаемый материал практическими примерами; имеющиеся в ответе несущественные фактические ошибки, студент способен исправить самостоятельно, благодаря

	<p>наводящему вопросу; ответ изложен логично; проявляет навыки: подбора средств психодиагностики в зависимости от решаемых задач; построения консультативного процесса.</p>
удовлетворительно	<p>Выставляется студенту, если он проявил следующие знания, умения, навыки: владение психологической терминологией; имеются неточности при ответе на основные вопросы; неполное представление о сущности и взаимосвязях психологических закономерностей и принципов; умение обосновать излагаемый материал практическими примерами; программные материалы в основном излагается, но допущены незначительные ошибки; студент может обосновать, объяснить факты; демонстрирует недостаточно сформированные навыки: подбора средств психодиагностики в зависимости от решаемых задач; построения психологического консультирования.</p>
неудовлетворительно	<p>Выставляется студенту, если он продемонстрировал: отсутствие представления о сущности, характере и взаимосвязях психологических закономерностей и принципов; неумение владеть психологической терминологией; отсутствие знаний и умений; отсутствие сформированной компетенции; отсутствие сформированных навыков.</p>
Зачтено	<p>Выставляется студенту, если он проявил следующие знания, умения, навыки: фрагментарные знания при ответе, которые отличаются поверхностностью и малой содержательностью, имеются неточности при ответе на основные вопросы; не полное представление о сущности, характере и взаимосвязях психологических закономерностей и принципов; владение психологической терминологией; умение обосновать излагаемый материал практическими примерами; четкое представление о сущности, характере и взаимосвязях понятий психодиагностики; демонстрирует умение аргументировано вести диалог и научную дискуссию. Имеет навыки: подбора средств психодиагностики в зависимости от решаемых задач; построения психологического диагноза; реализации основных консультативных методик.</p>
Не зачтено	<p>Выставляется студенту, если он продемонстрировал: отсутствие знаний и умений; отсутствие представления о сущности, характере и взаимосвязях психологических закономерностей и принципов; неумение владеть психологической терминологией; отсутствие сформированных навыков</p>

К разделам № 1-6 (реферат, доклад)

Шкала оценивания	Критерии оценивания
отлично	<p>выставляется студенту, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> тема раскрыта полностью; студентом освещена актуальность темы, цели и задачи, научна и практическая значимость, сформулированы методы, теоретическая база; реферат оформлен в соответствии с предъявляемыми требованиями; в реферате исследуются проблемы теоретического и (или) практического характера; в реферате делаются аргументированные и обоснованные выводы по исследуемым проблемам; продемонстрированы навыки самостоятельного научного поиска необходимой литературы; выработаны умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов, раскрывающих суть темы реферата; студент аргументировано ответил на все вопросы, заданные при обсуждении доклада; продемонстрированы навыки самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач; навыки научного анализа материала и его изложения; развиты умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме.
хорошо	<p>выставляется студенту, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> заявленная тема раскрыта полностью; развиты умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме; студент ответил на большинство вопросов, заданных в процессе обсуждения доклада; продемонстрированы навыки самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач; в реферате исследуются актуальные проблемы теоретического и (или) практического характера; развиты навыки самостоятельного научного поиска необходимой литературы; развиты навыки научного анализа материала и его изложения; выработаны умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата;
удовлетворительно	<p>выставляется студенту, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> заявленная тема раскрыта не полностью; студент не ответил на большинство вопросов, заданных в процессе обсуждения доклада; в работе использовалось менее 3-х источников; не продемонстрированы навыки самостоятельного научного поиска необходимой литературы;

	развиты умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме; развиты навыки самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач.
неудовлетворительно	выставляется студенту, если: заявленная тема не раскрыта; не сформирована компетенция; студент не ответил на вопросы, заданные в процессе обсуждения доклада

К разделам № 1-6 (тест)

Шкала оценивания	Критерии оценивания
отлично	студенты, давшие в результате 80 % и более правильных ответов получают оценку «отлично».
хорошо	студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 60 % и более процентов получают оценку «хорошо».
удовлетворительно	студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 50 % и более процентов получают оценку «удовлетворительно».
неудовлетворительно	студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на менее, чем 50 % вопросов получают оценку «неудовлетворительно».

К разделам № 1-6 (контрольная работа)

Шкала оценивания	Критерии оценивания
отлично	ответ полный, правильный, понимание материала глубокое, основные умения сформированы и устойчивы; изложение логично, доказательно, выводы и обобщения точны и связаны с явлениями жизни, с областью будущей специальности; использование психологических понятий адекватное, практическая задача решена правильно
хорошо	ответ удовлетворяет вышеназванным требованиям, но изложение недостаточно систематизировано, отдельные умения недостаточно устойчивы, в определении понятий, в выводах и обобщениях имеются отдельные неточности, легко исправимые с помощью дополнительных вопросов преподавателя, практическая задача решена правильно
удовлетворительно	ответ обнаруживает понимание основных положений излагаемого материала, однако наблюдается значительная неполнота знаний; определение понятий нечеткое, умения сформированы недостаточно, выводы и обобщения аргументированы слабо, в них допускаются ошибки; в решении практической ситуации имеются грубые недостатки;
неудовлетворительно	ответ неправильный, показывает незнание основного

	материала, грубые ошибки в определении понятий, неумение работать с документами, источниками, практическая ситуация не решена или решена, но неправильно.
--	---

1.2. Типовые контрольные задания и иные материалы

Наименование и код формируемой и контролируемой компетенции (Результаты освоения программы бакалавриата)	Этапы формирования компетенции (разделы, темы дисциплины, изучение которых формирует компетенцию)	Вид оценочного средства (контрольное задание (тесты, рефераты и проч.), позволяющее провести контроль знаний, умений, навыков)
Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач (УК - 1)	Исторический экскурс в психосматику Общий обзор научно-практических направлений психосматики Психосоматические расстройства Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией Основы неврологии Диагностика психосоматических расстройств	Составление, систематизация и анализ, изученной информации. Тестирование. Беседа. Дискуссия. Подготовка реферата и сообщения, работа в группах, презентации, терминологический словарь, зачет.
Способен выполнять свои профессиональные функции в организациях разного типа, осознанно соблюдая организационные политики и процедуры (ОПК – 8)	Принципы интервьюирования психосоматических клиентов Психологическая помощь и перспективы развития психосматики. Исторический экскурс в психосматику Общий обзор научно-практических направлений психосматики Психосоматические расстройства Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией	Составление, систематизация и анализ, изученной информации. Тестирование. Беседа. Дискуссия. Подготовка реферата и сообщения, работа в группах, презентации, терминологический словарь, зачет.

Текущий контроль успеваемости

Тесты

для текущего контроля знаний

Для контроля знаний студентов применяются тестовые задания закрытой формы. Задание содержит основную часть и ответы, сформулированное составителем. Требуется

выбрать ответ из предложенных вариантов. То есть необходимо найти номер правильного ответа. Эта форма технологична, так как позволяет выявить определенный объем знаний.

Задание может содержать один и более правильных ответов. В тестах закрытой формы рекомендуется предлагать 5-6 вариантов ответов, из которых правильных ответов должно быть 2-3 для снижения вероятности угадывания. Однако допускаются и закрытые тесты с одним правильным вариантом ответа.

Выработаны определенные требования к тестовым заданиям закрытой формы:

- а) равная правдоподобность заданий;
- б) ясность текста (не должно быть разночтений);
- в) предельная краткость – 5-6 слов (это не распространяется на выявление знаний студентами определений);
- г) простая стилистическая конструкция;
- д) в задании, как правило, включается больше слов, чем в ответ;
- е) все ответы, правильные и неправильные, должны быть равны по длине;
- ё) исключаются вербальные ассоциации, способствующие выбору правильного ответа;
- ж) исключаются лишние слова;
- з) необходимо проверять не одно знание, а несколько;
- и) необходимо наличие одной стандартной инструкции (например, обведите кружком номер правильного ответа);
- й) информирование студентов о том, сколько правильных ответов в каждом конкретном тестовом задании;
- к) не должно быть противоречий между основной частью и ответами;
- л) исключить повторяющиеся слова в ответах.

При подготовке к выполнению теста студент также должен внимательно изучить учебные материалы (лекции, учебные пособия и т.п.). В предлагаемых тестовых заданиях может быть один или несколько правильных ответов. При выборе ответа необходимо учитывать следующее. Выбранный вариант ответа должен быть наиболее точным и (или) полным.

В тестовой форме можно проводить текущий и рубежный контроль знаний студентов.

Примерные тестовые задания:

1. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют:
 - 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. Выделите факторы предрасположения к гипертонической болезни:
 - 1) систолическая лабильность артериального давления
 - 2) Д-клеточная недостаточность
 - 3) дисбаланс эстрогенов и прогестерона
4. 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
5. К личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда относятся:
- 1) невротичность и сенситивность
 - 2) тягостное чувство неполноценности
 - 3) честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах
6. Какой тип личности из нижеперечисленных более характерен для больных язвенной болезнью?
- 1) псевдонезависимый
 - 2) тип "А"
 - 3) неврастенический
7. Какой тип личности из нижеперечисленных более характерен для больных ишемической болезнью сердца?
- 1) псевдонезависимый
 - 2) тип "А"
 - 3) неврастенический
8. К личностным особенностям больных язвенной болезнью относят:
- 1) эмоциональное спокойствие
 - 2) склонность к тревоге, опасениям, страхам
 - 3) эмоциональную лабильность
9. Термин "алекситимия" означает:
- 1) расстройство способности чтения
 - 2) расстройство способности к вербализации чувств, переживаний
 - 3) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
10. 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
11. 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
12. Ипохондрические расстройства сопровождаются обычно:
- 1) тревогой
 - 2) апатией
 - 3) манией
13. 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

14. Что такое боль?

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

15. Какие из перечисленных вариантов развития характерны для психосоматических заболеваний?

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

16. Нозогении относят в группу:

- 1) соматогенных психических расстройств
- 2) психогенных психических расстройств
- 3) все варианты верные

17. Соматизированное расстройство часто сопровождается:

- 1) трудностью социальной адаптации
- 2) стеничными требованиями коррекции внешности
- 3) все варианты верные

18. При соматоформных расстройствах:

- 1) в основе имеются структурные поражения органов и тканей
- 2) озабоченность физическими симптомами вынуждает больного искать повторных консультаций специалистов и дополнительного обследования
- 3) пациент охотно соглашается с врачебными заверениями в отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов

19. К диссоциативным расстройствам относятся:

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

20. Соматоформная вегетативная дисфункция верхних отделов ЖКТ проявляется:

- 1) психогенной аэрофагией
- 2) пилороспазмом
- 3) метеоризмом
- 4) синдромом Да Коста

21. К основным вариантам ипохондрического синдрома относятся:

- 1) невротическая ипохондрия
- 2) состояние упорной соматоформной боли
- 3) сенесто-ипохондрический синдром
- 4) нервная анорексия

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

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

23. К психическим расстройствам, осложняющимся соматической патологией, относят:

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

24. К характерным проявлениям соматоформных вегетативных дисфункций относят:

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

25. Убежденность в наличии у себя воображаемого физического недостатка или уродства квалифицируются как:

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

26. Аутоагрессивные действия более характерны для больных:

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

27. Синдром дисморфомании включает идеи:

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

28. 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

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

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

30. Характерными осложнениями нервной анорексии являются:

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

31. 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

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

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

33. 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

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

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

35. Причинами невротического расстройства являются:

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

36. Возникновение внутриличностного конфликта в большей степени обусловлено

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

37. Симптомами невротического расстройства могут быть:

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

38. При обсессивно-фобических расстройствах наиболее вероятны следующие соматические проявления:

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

39. При истерии наиболее вероятны следующие соматические проявления:

- 1) рвота
- 2) одышка
- 3) расстройства стула
- 4) кардиалгии

40. При неврастении наиболее вероятны следующие соматические проявления:

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

41. 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?

- 1) острый гастрит
- 2) хронический гастрит
- 3) истерический невроз
- 4) обсессивно-фобический невроз
- 5) неврастения

42. 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?

- 1) ИБС
- 2) неврастения
- 3) истерический невроз
- 4) обсессивно-фобический невроз

43. 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:

- 1) ИБС
- 2) неврастения
- 3) истерический невроз
- 4) обсессивно-фобический невроз

48. Диагноз невротического расстройства ставится на основании:

- + 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

49. К симптомам неврастения не относятся:

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

50. Навязчивые страхи могут встречаться при:

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

51. Что характерно для невротического расстройства?

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

52. Ведущая роль в этиологии невротических расстройств принадлежит:

- 1) наследственным факторам
- 2) психотравме
- 3) соматической ослабленности
- 4) социальным факторам

53. 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 не могу"
- 4) конфликт по типу "хочу и нельзя"

54. Патогенность невротического конфликта определяется:

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

55. Психологическая защита – это:

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

56. Для личности больных с конверсионными расстройствами характерно:

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

57. Для конверсионных расстройств наиболее 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

58. Психологический смысл конверсионных расстройств в:

- 1) отказе от самостоятельного решения проблем

- 2) устранении от реальной оценки собственной роли в конфликтной ситуации
- 3) чрезмерной требовательности к себе и недостатке личностных ресурсов

59. 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

60. Для больных неврастенией характерно:

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

Примерные тестовые задания

Вариант 1.

(в каждом вопросе содержится один или более правильных ответов)

1. Выберите из нижеперечисленного психосоматические заболевания:

- 1) системная красная волчанка
- 2) атопический дерматит
- 3) ишемическая болезнь сердца
- 4) посттравматическое стрессовое расстройство

2. Какой тип стресса наиболее характерен для развития язвенной болезни?

- 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

3. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

- 1) острое начало
- 2) хроническое течение
- 3) относительная взаимосвязь с полом
- 4) чаще манифестируют в пожилом возрасте

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

- 1) псевдонезависимый
- 2) тип "А"
- 3) неврастенический
- 4) истерический

5. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

- 1) острое
- 2) хроническое
- 3) относительная взаимосвязь с полом
- 4) чаще манифестируют в пожилом возрасте

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

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

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

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

8. Оптимизация терапии больных психосоматическими заболеваниями значит:

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

9. Алекситимия рассматривается как психологический фактор риска возникновения:

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

10. 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) бледность кожных покровов, сухость во рту, озноб
- 4) гиперемия кожных покровов, жар
- 5) повышение АД
- 6) полиурия

11. Вагоинсулярные кризы при невротических расстройствах включают следующие симптомы:

- 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) сухость слизистых, бледность кожных покровов, озноб
- 6) гиперемия кожных покровов, жар

12. 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

13. Репереживание психической травмы включает в себя:

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

14. 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

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

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

Вариант 2.

(в каждом вопросе содержится один или более правильных ответов)

1. 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) рентных установок
- 4) низкого интеллекта

2. На ипохондрический характер хронической боли указывают:

- 1) большая степень озабоченности своим самочувствием, которая сама по себе становится причиной снижения профессиональной активности
- 2) реакция на результаты клинических и лабораторных исследований: успокаиваются, но сохраняется фиксация на том, стоит ли доверять этим результатам
- 3) приступы булимии и гиперсексуальность
- 4) экзофтальм, оскуднение волосяного покрова на лобке

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

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

4. Соматическим заболеванием может быть обусловлено возникновение:

- 1) депрессивного синдрома
- 2) маниакального синдрома

- 3) Корсаковского синдрома
- 4) онейроидного синдрома

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

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

6. 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

7. Какие аффективные реакции сопровождают боль?

- 1) тревога, страх
- 2) депрессивная реакция
- 3) дисфории
- 4) апатия
- 5) паническое расстройство

8. Среди соматических осложнений алкогольного абстинентного синдрома наиболее характерны:

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

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

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

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

- 1) психические расстройства
- 2) привыкание к наркотикам
- 3) стрессовые ситуации в жизни больного
- 4) уровень интеллекта

11. 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

12. 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

13. Какие из перечисленных заболеваний могут вызвать симптомы, идентичные таковым при паническом расстройстве?

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

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

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

15. К соматоформным психическим расстройствам относятся:

- 1) соматизированное расстройство
- 2) органическое аффективное расстройство
- 3) ипохондрическое расстройство
- 4) генерализованное тревожное расстройство

Шкала оценивания

на «5» – от 14 до 15

на «4» – от 12 до 13

на «3» – от 10 до 11

на «2» – менее 10

Тематика рефератов

- 1.Соотношение теории и практики соматопсихического аспекта;
- 2.Универсальные закономерности многоуровневого отражения заболевания в психике клиента;
- 3.Соотношение между психическим и соматическим в понятии кольцевых психосоматических-соматопсихических зависимостей.
- 4.Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания;
- 5.Недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии.
- 6.Характерные пусковые механизмы переживания потери объекта в социальных ситуациях;
- 7.Особенности личности в ситуации перегрузки и конфликтов.
- 8.Влияние соматического заболевания на психическое состояние клиента.
- 9.Терапевтическое значение патогенеза депрессивных состояний при соматических расстройствах;
- 10.«Я» как инструмент недостаточности личностных ресурсов для преодоления стресса болезни.
- 11.Проблема выбора теоретической ориентации критериев психопатологии дезадаптивных личностных реакций на болезнь;
- 12.Типы теоретических ориентаций нозогенных психических расстройств;

13. Особенности диагностики и планирования типов отношений к заболеванию по Личко А.Е., Иванову Н.Я., Вассерману Л.И.;

14. Диагностический минимум в работе психолога с психосоматическими расстройствами.

15. Баланс профессиональных навыков психолога при проведении интервьюирования.

16. Особенности планирования консультативного процесса по работе с механизмами психологической защиты.

17. Консультирующая и терапевтическая функции диагностической беседы.

Промежуточная аттестация **Вопросы к зачету с оценкой**

1. Идея целостного подхода к больному в психосоматике.
2. Поведение типа А: психологический аспект изучения.
3. Психоаналитический подход в психосоматике. Критическая оценка этого подхода.
4. Динамика внутренней картины болезни в процессе терапии.
5. Гипотеза психосоматической специфичности.
6. Проблема ятрогений. Психологические последствия ятрогений.
7. Концепция профилей личности в психосоматике.
8. Психологические аспекты изучения внутренней картины болезни.
9. Роль эмоций в возникновении психосоматических заболеваний. Экспериментальные факты, клинические наблюдения.
10. Проблема психологического онтогенеза телесности.
11. Феномены совладания в психосоматике.
12. Основные положения культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме.
13. Клинико-психологические аспекты проблемы стресса.
14. Стресс и психосоматические расстройства.
15. Нейрогенная гипервентиляция как модель психогенеза симптома.
16. Основные направления в изучении психосоматической проблемы в России и зарубежом.
17. Изучение внутренней картины болезни в контексте культурно-исторического подхода к психосоматическим расстройствам.
18. Особенности социальной ситуации развития у больных с хроническими соматическими заболеваниями (на примере хронической почечной недостаточности).
19. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка.
20. Патопсихологические аспекты работы с соматическими больными.
21. Психосоматический феномен и психосоматический симптом: возможности их дифференциации.
22. Психологическая феноменология алекситимии.
23. Нарушения познавательной деятельности у больных с хроническими соматическими заболеваниями.
24. Алекситимия как психологическая проблема.
25. Проблема симптомогенеза в истории психосоматики.
26. Возрастная динамика внутренней картины болезни.
27. Современные представления о психологической саморегуляции. Ее роль в симптомогенезе.
28. Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.
29. Проблема психосоматического дизонтогенеза.

30. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.
31. Изучение социальной ситуации развития при соматических заболеваниях.
32. Различные подходы к проблеме алекситимии.
33. Современные представления об организации реакции на стресс.
34. Основные положения культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме.
35. Проблема классификации психосоматических расстройств.
36. Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка.
37. Проблема психосоматического симптомогенеза в концепциях М. Шура, А. Митчерлиха.
38. Теория кортико-висцеральной патологии: основные положения.

**Ведение занятий в интерактивной форме,
обеспечивающих развитие у обучающихся навыков командной работы,
межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств**

Тема 1: Исторический экскурс в психосоматику.

Презентация

Цель: Способствовать эффективному усвоению знаний, активизируя каналы восприятия учебной информации.

Задачи:

- обобщить и систематизировать знания о развитии теории психосоматики;
- развивать умения мыслить самостоятельно и аргументировать свою речь.

Примерные вопросы для обсуждения:

1. Основные понятия и классификация психосоматики.
2. Комплексный биопсихосоциальный подход к больному, учитывающая своеобразие взаимодействия (взаимозависимостей) психического и соматического в норме и при патологии.
3. Виды психосоматических и соматопсихических нарушений.
4. Соматопсихический аспект зависимостей между психическим и соматическим расстройством.

Тема 2: Общий обзор научно-практических направлений психосоматики

Презентация

Цель: Способствовать эффективному усвоению знаний, активизируя каналы восприятия учебной информации.

Задачи:

- обобщить и систематизировать знания теоретических направлений психосоматики;
- развивать умения мыслить самостоятельно и аргументировать свою речь;
- исследовать факторы, детерминирующие специфику научных направлений..

Примерные вопросы для обсуждения:

1. Патогенез стресса по В. Кэннону и Г. Селье.
2. Кортико-висцеральная теория Быкова-Курцына.

3. Типология З. Фрейда психосоматических заболеваний: оральный тип, анальный и уретральный, кожно-мышечный и звуко-зрительный типы, обонятельный и физически-генитальный типы.

4. Концепция десоматизации-ресоматизации М. Шура.

5. Модель двухфазной защиты А. Мичерлиха

6. Вклад Ф. Александера: векторная теория, вегетоневроз, теория специфических для болезни психодинамических конфликтов.

7. Личностные профили соматических больных Ф. Данбар.

8. Теория дефицита эго-идентичности (П. Федерн, М. Балинт, Г. Аммон, Д. МакДугалл).

9. Понятие алекситимии П. Сифнеоса.

10. Подход Г. Фрайбергера: псевдонезависимость и манифестирующая зависимость; конфликт зависимости/независимости и близости/дистанцирования, основные психодинамические факторы: эмоциональная сдержанность, нарциссические обиды, фрустрированная агрессия и депрессия).

11. Типичная картина психосоматической семьи по С. Минухину и Либерману.

12. Интегративный подход Г. Шефера и Д.Н. Оудсхорна

Тема 3: Психосоматические расстройства.

Презентация

Цель: Способствовать эффективному усвоению знаний, активизируя каналы восприятия учебной информации.

Задачи:

- обобщить и систематизировать знания о психосоматических расстройствах;
- развивать умения мыслить самостоятельно и аргументировать свою речь;
- формировать психологическую грамотность.

Примерные вопросы для обсуждения:

1. Виды и типологии психосоматических расстройств.

В результате подготовки к семинарскому занятию студент должен суметь ответить на вопросы:

1. Дать определение психосоматической медицины.
2. Понятие о кольцевых психосоматических-соматопсихических зависимостях.
3. Перечислить классические психосоматические заболевания
4. Перечислить общие признаки психосоматических расстройств.
5. Перечислить варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М.Губачев).
6. Перечислить психодинамические концепции развития психосоматических расстройств.
7. Понятие об алекситимии.
8. Дать описание типа личности А.

Тема 4: Психические расстройства, проявляющиеся в соматической сфере и осложняющиеся соматической патологией.

Работа в малых группах

Цель: формирование практических навыков на основе ранее полученных знаний; вспоминание информации; применение знаний, оценка знаний.

Задачи:

- обобщить и систематизировать знания о психических расстройствах, проявляющихся в соматической сфере и осложняющимся соматической патологией;
- развивать умения мыслить самостоятельно и аргументировать свою речь.

Ход занятия:

I этап: актуализация знаний

Преподаватель заблаговременно (за одну неделю) знакомит студентов с темой семинарского занятия. Студентам предлагается на выбор подготовить рефераты на тему: терапевтическое значение патогенеза депрессивных состояний при соматических расстройствах; «Я» как инструмент недостаточности личностных ресурсов для преодоления стресса болезни. Участникам рекомендуется дополнительная литература для более глубокого уяснения той позиции, которую они будут представлять.

II этап: выполнение практических заданий.

Студенты, участвуют в дискуссии, задавая вопросы и приводя аргументы в поддержку той или иной позиции. Участники отвечают на вопросы, формулируют совместное решение.

1. Какие личностные особенности можно ожидать у пациентки? Какие психопатологические симптомы формируются? Какие психосоматические механизмы колебания АД можно предположить? Чем дополнить традиционную антигипертензивную терапию?

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).

2. Какое состояние развивается у пациента, как ему помочь? Какие профилактические мероприятия, ориентируясь на анамнез, необходимо было предпринять?

Больной 37 лет, находится на лечении на травматологическом отделении по поводу скелетной травмы (переломы ребер, плеча), полученной в результате ДТП 3 дня назад. Из анамнеза известно, что злоупотребляет спиртным, форма алкоголизации – запойная, неоднократно лечился у нарколога, в день травмы – признаки алкогольного опьянения средней степени. Со вчерашнего дня – обильный тремор, признаки вегетативной лабильности (гиперемия лица, потливость, повышенное АД, учащенный пульс), тревожен, не спал ночью. Сегодня к вечеру – крайне тревожен, суетлив, испуган, озирается по сторонам, к чему – то прислушивается, отвечает на несуществующие телефонные звонки, разговаривает без собеседника, пытается снять гипсовую повязку.

3. О каком расстройстве пищевого поведения можно думать? С чем связаны предъявляемые жалобы, о чем не говорит пациентка? Что, вероятнее всего, лежит в основе патогенеза расстройства пищевого поведения? Настороженность в плане дебюта какого эндогенного психического расстройства необходима, нужно ли настаивать на консультации психиатра?

Больная 18 лет, на прием к гастроэнтерологу привели родители, последние 2 года соблюдала разнообразные диеты, усиленно занималась спортом, за последние месяцы значительно похудела (вес 43 кг), жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, обследовалась по настоянию родителей, причина потери веса обнаружена не была. В беседе замкнута, отвечает односложно, контакт формальный, снижение веса

значительным не считает, боится «толстеть», соглашается лишь, что «худеть дальше пока не надо», своей фигурой не довольна. Объяснить снижение веса не может, уверяет, что питается достаточно, перечисляет блюда, съеденные вчера. Потеряла интерес ко всему, не связанному со здоровым образом жизни, правильным питанием, перестала общаться с друзьями, с трудом закончила школу, конфликтует с родителями.

Примерные вопросы для обсуждения:

1. Каково содержание синдрома помрачения сознания?
2. Каким Вам представляется синдром выключения сознания?
3. Ваше отношение к вопросу о понятии и значении психоорганического синдрома и деменции?
4. Степени выключения сознания: понятие и признаки?
5. Каким образом должны формироваться составляющие синдрома нарушения интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы при поражениях головного мозга?
6. Назовите наиболее распространенные понятия, признаки, виды и формы проявления астенического синдрома при соматических заболеваниях?
7. В чем проявляются составляющие соматогенных эмоциональных нарушений?

III этап: подведение итогов.

После окончания занятия уточняются основные положения и термины, анализируются результаты, выявляется согласованность мнений и позиций, совместно формулируются и принимаются окончательные решения.

Тема 5: Основы неврологии.

Работа в малых группах

Цель: формирование практических навыков на основе ранее полученных знаний; вспоминание информации; применение знаний, оценка знаний.

Задачи:

- обобщить и систематизировать знания в области основ нозологии;
- развивать умения мыслить самостоятельно и аргументировать свою речь.

Ход занятия:

I этап: актуализация знаний

Преподаватель заблаговременно (за одну неделю) знакомит студентов с темой семинарского занятия. Студентам предлагается объединиться в группы и подготовить разработки на тему: проблема выбора теоретической ориентации критериев психопатологии дезадаптивных личностных реакций на болезнь; типы теоретических ориентаций нозогенных психических расстройств. Участникам рекомендуется дополнительная литература для более глубокого уяснения той позиции, которую они будут представлять.

II этап: выполнение практических заданий.

Студенты, участвуют в дискуссии, задавая вопросы и приводя аргументы в поддержку той или иной позиции. Участники отвечают на вопросы, формулируют совместное решение.

Примерные вопросы для обсуждения:

1. В чем особенность дезадаптивной реакции личности на заболевание и его последствия?
2. Какое место занимает в соматопсихологии особенности реагирования личности на болезнь?
3. В каких случаях, и в каком порядке квалифицируются нозогенные психические расстройства?
4. В чем заключаются основные психологические феномены, рассматриваемые при исследовании проблемы взаимосвязей в системе личность-болезнь?

III этап: подведение итогов.

После окончания занятия уточняются основные положения и термины, анализируются результаты, выявляется согласованность мнений и позиций, совместно формулируются и принимаются окончательные решения.

Тема 6: Диагностика психосоматических расстройств. Работа в малых группах

Цель: формирование практических навыков на основе ранее полученных знаний; вспоминание информации; применение знаний, оценка знаний.

Задачи:

- усвоение основных закономерностей диагностики психосоматических расстройств;
- становление элементов психологической эрудиции;
- развитие умения мыслить самостоятельно и аргументировать свою речь.

Ход занятия:

I этап: актуализация знаний

Преподаватель заблаговременно (за одну неделю) знакомит студентов с темой семинарского занятия. Участникам рекомендуется дополнительная литература для более глубокого уяснения той позиции, которую они будут представлять.

1. Обоснуйте основную классификацию методов по А.Б. Орлову?
2. Продемонстрируйте знание специфических методов по четырем группам задач?
3. Изложите особенности планирования процесса диагностики относительно классификации А.Б. Орлова?

II этап: выполнение практических заданий.

Студенты объединяются в группы для решения заданий.

Задание:

1. Дайте характеристику измененному сознанию больного, тактика лечения, особенности режима терапии.

Больной 78 лет, находится на лечении по поводу дисциркуляторной энцефалопатии на неврологическом отделении соматического стационара вторые сутки. Днем укладывался в режим отделения, навещался родными, общался с врачом, обнаруживал умеренное интеллектуально – мнестическое снижение по сосудистому типу. В ночные часы состояние изменилось остро, стал беспокоен, тревожен, суетлив, не удерживался на месте, бродил по палатам, был убежден, что он «дома», искал какие – то вещи, на попытки медсестры переубедить реагировал агрессивно.

2. Определите психопатологический синдром, причину заболевания (соматогенное, психогенное), направления в терапии?

Больная 45 лет, 2 года назад перенесла тяжелую ЧМТ, обратилась к неврологу с жалобами на быструю утомляемость, вялость, слабость, разбитость даже после незначительных нагрузок, больше к вечеру, нарушен ночной сон, при этом сонлива днем. Отмечает близость к слезам, несвойственную ей ранее, ранима, обидчива, при этом чрезмерно раздражительна, участились ссоры с близкими, стала вспыльчива, гневлива, трудно сдержаться. Аппетит сохранен, не худела. В беседе – эмоционально лабильна, многоречива, обстоятельна, плачет, просит помочь.

3. Какие личностные особенности пациента можно предположить? В какой психопатологический синдром укладываются жалобы? Рекомендации по терапии.

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.

III этап: подведение итогов.

После окончания занятия уточняются основные положения и термины, анализируются результаты, выявляется согласованность мнений и позиций, совместно формулируются и принимаются окончательные решения.

Словарь терминов по дисциплине

Агорафобия (МКБ 300.2) – в настоящее время термин используется для обозначения патологического состояния, характеризующегося появлением сильного страха при выходе из дома без сопровождающих и нахождении в местах большого скопления людей. Примечание. Это состояние впервые описано Вестфалем в 1872 г. как болезнь страха больших открытых пространств.

Алкогольное слабоумие (МКБ 291.2) – негаллюцинаторное слабоумие, возникающее в связи с синдромом алкогольной зависимости, но не сопровождающееся **белой горячкой** или **корсаковским психозом [MDG]**. Синонимы: хронический алкогольный церебральный синдром (не рекомендуется); слабоумие, связанное с алкоголизмом (не рекомендуется).

Алкогольный психоз (МКБ 291) – **органическое** психотическое состояние, связанное в основном с избыточным потреблением алкоголя; предполагают, что в развитии этого состояния важную роль играет неполноценное питание [MDG].

Алкогольный бред ревности (МКБ 291.5) – хронический **параноидный** психоз, характеризующийся **бредом ревности** и связанный с **синдромом алкогольной зависимости [MDG]**. Синонимы: алкогольная паранойя; параноидное состояние у личности с алкогольной зависимостью.

Алкогольный галлюциноз (МКБ 291.3) – психотическое расстройство, обычно продолжающееся менее 6 мес, с легким **помрачением сознания** или без него и выраженным тревожным беспокойством, при котором имеют место выраженные слуховые галлюцинации, главным образом голоса, произносящие оскорбления и угрозы [MDG].

Аффективные психозы (МКБ 296) – психические расстройства, обычно рецидивирующие, при которых имеют место тяжелые нарушения **настроения** (в большинстве случаев в виде **депрессии** и **тревоги**, но иногда также в форме приподнятого настроения и возбуждения); сопровождаются одним или несколькими из следующих компонентов: **бредом, растерянностью**, нарушением самооценки, расстройством восприятия и поведения. Все эти проявления соответствуют преобладающему настроению больного (как и галлюцинации, когда они имеют место). Наблюдаются выраженные суицидальные тенденции. Из практических соображений сюда могут быть также включены легкие расстройства настроения, если их проявления соответствуют данному

описанию; в частности, это относится к легкой гипомании. См. также биполярное расстройство; депрессия; маниакально-депрессивные психозы; депрессия униполярная (монополярная); мания униполярная (монополярная).

Белая горячка (delirium tremens) (МКБ 291.0) – острые и подострые органические психотические состояния у лиц с **алкогольной зависимостью**, характеризующиеся **помрачением сознания, дезориентировкой, страхом, иллюзиями, бредом, галлюцинациями** любого типа (особенно зрительными или тактильными), беспокойством, тремором и иногда лихорадкой [MDG]. Примечание. Синдром впервые описал в 1813г. Томас Саттон (1767—1835). Синонимы: алкогольный делирий; алкогольный абстинентный делирий.

Бессонница неорганического происхождения (МКБ 307.4) – расстройства засыпания и сна, не связанные с соматическими нарушениями или дисфункцией и чаще всего вызванные **тревогой, напряжением, аффективными психозами** или неблагоприятными факторами окружающей среды.

Биполярное расстройство (МКБ 296.2; 296.3) — форма фазового аффективного заболевания с наличием как **маниакальных, так и депрессивных** проявлений в отличие от **униполярной (монополярной)** формы аффективного заболевания. С тех пор как термины "монополярное" и "биполярное" расстройство были введены Леонгардом, клинические, генетические и биологические характеристики, определяющие различия между этими двумя формами расстройства, стали рассматриваться многими "Специалистами как основание для выделения каждой из них в самостоятельную нозологическую единицу, заменив термин "**маниакально-депрессивный психоз**". Это положение считается твердо установленным.

Болезнь Альцгеймера (МКБ 290.1; 331.0) –первичная дегенеративная полиэнцефалопатия, этиология и патогенез которой неизвестны, морфологически характеризующаяся атрофией коры головного мозга, наличием нейрофибриллярных сплетений и сенильных бляшек и начинающаяся обычно в предстарческом или раннем старческом возрасте. Заболевание прогрессирует и приводит к глубокому слабоумию. Границы заболевания и его связь с другими состояниями, ведущими к слабоумию, все еще неясны. См. также слабоумие старческое, простой тип; слабоумие предстарческое. Примечание. Это состояние впервые описано Альцгеймером (1864–1915).

Болезнь Брике (МКБ 300.8) –синдром, который, согласно DSM-1П,* характеризуется полисимптоматологией и часто ненужными обращениями к терапевту и хирургу при отсутствии признаков органического заболевания; развивается у лиц моложе 30 лет. Предполагают, что это нарушение развивается в основном у имеющих генетическую предрасположенность женщин из малообеспеченных социально-экономических слоев. Нозологический статус синдрома и его связи с **истерией и конверсивными** реакциями, с одной стороны, и с **ипохондрией** – с другой, изучены еще недостаточно. Примечание. Термин назван (неправильно) по имени Пьера Брике (1796—1881), который написал классическую монографию по истерии со всеми ее проявлениями.

Болезнь Пика (МКБ 290.1; 331.1) – форма **предстарческого слабоумия**, характеризующаяся ранними, медленно прогрессирующими изменениями характера и социальной детериорацией, приводящими к нарушению функций интеллекта, памяти и языка с апатией, эйфорией и иногда с экстрапирамидными явлениями. Женщины поражаются чаще, чем мужчины; может иметь место наследственная передача, возможно, обусловленная неполным проникновением аутосомного гена. Головной мозг подвергается генерализованной атрофии с избирательным сморщиванием лобных и височных областей, но без появления сенильных бляшек и нейрофибриллярных волокон. Примечание. Состояние впервые описано Пиком (1851 —1924).

"Болезнь путешествие" ("badtrip") (МКБ 305.3) – выражение, употребляемое для обозначения острой **панической реакции**, проявляющейся как нежелательное побочное влияние галлюциногенных веществ и обычно характеризующейся страхом

смерти, психозом и различными другими патологическими ощущениями, например нарушением схемы тела, ощущением остановки дыхания или паралича. Реакция крайне неприятная, но обычно кратковременна и различна по интенсивности; иногда она приводит к несчастным случаям или к суицидальным попыткам. См. также злоупотребление галлюциногенами.

Боязнь животных (МКБ 300.2) – болезненная боязнь животных, главным образом мелких, например мышей и пауков. Синоним: зоофобия.

Булимия (МКБ 307.5) – неудержимое стремление потреблять большое количество пищи, иногда связанное с эндокринными расстройствами, но чаще с функциональными нарушениями приема пищи. Эпизод потребления большого количества пищи часто заканчивается произвольно вызванной рвотой или очищением кишечника, а также самоосуждением. См. также нервная анорексия.

Галлюциноз (МКБ 291.3) — относительно редкое острое или хроническое состояние, при котором доминирующим клиническим признаком являются устойчивые **галлюцинации** при ясном **сознании**. Это состояние связывают главным образом с прекращением употребления алкоголя или других веществ центрального действия, но иногда может возникать при различных формах поражения головного мозга и функциональных психозах. Синоним: галлюцинаторное состояние.

Гиперкинез с задержкой развития (МКБ 314.1) – состояния, характеризующиеся сочетанием гиперкинетического **синдрома детского возраста** (см. ниже) с задержкой речи, неуклюжестью, трудностями при чтении или другими задержками развития специальных навыков. Синонимы: расстройство в виде дефицита внимания с гиперактивностью в связи с нарушением развития; нарушение развития в форме гиперкинеза.

Гиперкинетический синдром, развивающийся в детском возрасте (МКБ 314) – расстройства, важнейшими признаками которых являются кратковременные периоды неустойчивости внимания и повышенной отвлекаемости. В раннем детском возрасте наиболее яркими симптомами являются расторможенная, плохо организованная и слабо регулируемая гиперактивность, но в подростковом возрасте это может сменяться пониженной активностью. Часто наблюдаются **импульсивность**, выраженные колебания **настроения и агрессивность**. Часты задержки в развитии специфических **навыков** и нарушения взаимоотношений с окружающими [MDG]. Синоним: дефицит внимания с гиперактивностью.

Гиперкинетическое расстройство поведения (МКБ 314.2) – состояния, характеризующиеся сочетанием гиперкинетического синдрома, развивающегося в детском возрасте (см. ниже), с заметным нарушением **поведения**, но без задержки развития [MDG]. Синоним: расстройство в виде дефицита внимания с гиперактивностью, связанное с нарушением поведения.

Головная боль напряжения (МКБ 300.5; 307.8) – ощущение напряжения, давления или тупой боли, которая может быть генерализованной или чаще в виде "полосы". Будучи кратковременным расстройством, она обычно связана со **стрессами** повседневной жизни, однако стойкая головная боль может быть компонентом **тревожного состояния** или **депрессии**.

Госпитализм у детей (МКБ 309.8) – синдром, тесно связанный с аналитической **депрессией**, развивающейся у находящихся в больнице детей, которые разлучены с матерями или лишены домашнего окружения в течение длительного времени. Такие дети вялы, недостаточно активны, истощены и бледны, плохо едят и спят, выглядят несчастными; у них отмечаются приступы лихорадки, и отсутствие навыков сосания. Это расстройство обратимо, если ребенок возвращается к матери или лицу, ее заменяющему; симптомы исчезают через 2—3 нед. Синоним: реактивно возникшее расстройство у детей младшего возраста.

Дезинтегративный психоз (МКБ 299.1) – гетерогенная группа состояний, обычно возникающих в возрасте трех –четырех лет, когда, после общих продромальных симптомов у нормального в других отношениях ребенка в течение нескольких месяцев развивается потеря речи и приобретенных социальных навыков, сопровождающаяся гиперактивностью, **стереотипным двигательным поведением**, тяжелым нарушением эмоциональных реакций и обычно, но не всегда, интеллектуальных способностей. Клинические признаки неврологического заболевания не типичны, но психоз может быть результатом заболевания, поражающего головной мозг (например, коревой энцефалит). Прогноз неблагоприятный; у большинства детей развивается умственная отсталость, и они не способны разговаривать. Примечание. Синдром впервые описан Геллером в 1930 г. как "деменция у маленьких детей". Синонимы: синдром Геллера; начинающееся в детском возрасте расстройство развития.

Делирий (МКБ 291.0; 293.0) –этиологически неспецифический церебральный органический синдром, характеризующийся помрачением сознания, дезориентировкой, патологическими перцептивными и аффективными особенностями, возбуждением и повышенной психомоторной активностью. Когнитивные нарушения сопровождаются **иллюзиями, галлюцинациями, бредом** и беспокойством. Делириозные состояния могут протекать остро или подостро и иметь различную степень тяжести. Синонимы: состояние острой органической спутанности.

Деперсонализационный синдром (МКБ 300.6) –редкое расстройство, характеризующееся неприятным нарушением восприятия, при котором части собственного тела ощущаются качественно измененными, нереальными, удаленными или автоматизированными. Больные осознают субъективный характер изменений, которые они ощущают. Деперсонализация может быть проявлением некоторых психических расстройств, включая **депрессию, обсессивно-компульсивный невроз, тревогу и шизофрению**. Синоним: дереализация (невротическая).

Депрессивная реакция кратковременная (МКБ 309.0) – состояние депрессии, не классифицируемое как маниакально-депрессивное, психотическое или невротическое (как правило, преходящее), при котором депрессивные симптомы обычно тесно связаны по времени и содержанию с какими-либо стрессовыми событиями [MDG].

Депрессивная реакция продолжительная (МКБ 309.1) –состояние депрессии, не классифицируемое как маниакально-депрессивное, психотическое или невротическое, как правило, длительное, обычно связанное с продолжительной стрессовой ситуацией [MDG].

Депрессивное расстройство (МКБ 311) –состояние депрессии, обычно умеренно, но иногда значительно выраженное, без специфических **маниакально-депрессивных** или других психотических депрессивных признаков, которое не имеет явной связи со стрессами или с другими проявлениями, классифицируемыми как **невротическая депрессия**. Синонимы: депрессивная болезнь; депрессивное состояние.

Депрессия (МКБ 290,2; 293; 294.8; 295.7; 296; 298.0; 300; 301.1; 308.0; 309,0; 309.1; 311) – состояние, согласно профессиональной терминологии, характеризующееся мрачным настроением, подавленностью или печалью, что может быть (однако не всегда) выражением плохого здоровья. В медицинском контексте термин относится к болезненному психическому состоянию, при котором доминирует пониженное настроение и которое часто сопровождается рядом ассоциативных симптомов, в частности тревогой, ажитацией, ощущением собственной неполноценности, суицидальными мыслями, гипобулией, психомоторной ретардацией, различными соматическими симптомами, физиологической дисфункцией (например, бессонница) и жалобами. Депрессия как симптом или синдром является основной или значимой особенностью в целом ряде категорий заболеваний. Термин широко и иногда неточно используется для обозначения симптома, синдрома и болезненного состояния. Синоним: меланхолия (не рекомендуется).

Депрессия невротическая (МКБ 300.4) – невротическое расстройство, характеризующееся непропорциональной **депрессией**, которая обычно наступает вслед за неприятностями. Это расстройство не включает **бред** или **галлюцинации** и часто ему предшествует психическая травма, например утрата любимого человека. Часто имеет место также **тревога**, и здесь необходимо исключить смешанные состояния тревоги и депрессии. Депрессивный невроз и психоз следует различать не только по степени депрессии, но и по наличию или отсутствию других невротических и психотических признаков и по степени нарушения поведения больного. Синонимы: депрессивная реакция (не рекомендуется); невротическое депрессивное состояние; депрессия реактивная (не рекомендуется).

Депрессия униполярная (монополярная) (МКБ 296.1) – форма повторяющегося депрессивного заболевания без маниакальных проявлений. Отсутствие в семейном анамнезе **мании** у родственников первой степени, а также характерные биологические и терапевтические реакции подтверждают диагноз. Отсутствие связи между таким характером расстройства и **биполярным аффективным нарушением (маниакально-депрессивное заболевание)** нельзя считать твердо установленным. Синонимы: периодическая депрессия; рецидивирующая депрессия.

Дислексия, наблюдающаяся в процессе развития (МКБ 315.0) – расстройство, проявляющееся в нарушении развития чтения и навыков произнесения слов по буквам, несмотря на адекватный **интеллект**, правильное обучение и удовлетворительные социально-культурные условия. Относится к конституциональным когнитивным нарушениям. См. также задержка чтения специфическая.

Диспареуния психогенная (МКБ 302.7) – боли в области половых органов во время полового сношения, обычно у женщин, без явной физической причины.

Диссоциативная реакция (МКБ 300.1) – состояние, являющееся результатом сосуществования плохо интегрированных или расщепленных сознательных и бессознательных психических процессов, которые являются результатом неосознанных мыслей или поступков. Как "психический механизм", диссоциация может лежать в основе психологического феномена, ассоциирующегося с тяжелыми состояниями, включая **истерию**, некоторые формы **шизофрении**, гипнотическое состояние, **снохождение**, реакция бегства и некоторые эпилептические феномены. См. также: истерия; личности "множественность"; снохождение; сужение сознания.

Зависимость от наркотических препаратов, наркомания (МКБ 304) – психическое и иногда соматическое состояние, возникающее в результате приема наркотических средств и характеризующееся поведенческими и другими реакциями, которые всегда включают **компульсию** принимать препарат постоянно или периодически, чтобы ощутить его влияние на психику, а иногда чтобы избежать дискомфорта, связанного с его отсутствием. Толерантность присутствует не всегда. Субъект может обнаруживать зависимость более чем к одному препарату [MDG]. Синонимы: привыкание к наркотикам; токсикомания (не рекомендуется).

Заикание и запинание (МКБ 307.0) – расстройства ритма речи, при которых индивид точно знает, что он хочет сказать, но в данный момент не способен сделать это ввиду произвольной, повторяющейся пролонгации или прекращения звука [MDG, ARD]. Синонимы: логоневроз (не рекомендуется); логоспазм.

Задержки в развитии специфические (МКБ 315) – группа расстройств, основной характеристикой которых является специфическая задержка в развитии. В каждом конкретном случае развитие связано с биологическим созреванием, но на него также влияют другие (не биологические) факторы; в термине не отражены никакие этиологические факторы. Синонимы: специфические расстройства развития.

Злоупотребление алкоголем без явлений зависимости (МКБ 305.0) – состояние, характеризующееся чрезмерным употреблением алкоголя, включая состояние острой алкогольной интоксикации и похмелья [MDG], однако без других проявлений,

свойственных **синдрому алкогольной зависимости**. Синонимы: привычка напиваться, пьянство.

Злоупотребление барбитуратами и транквилизаторами (МКБ 305.4) – употребление в ущерб собственному здоровью или социальному положению лекарственных средств в больших дозах или в течение более длительного периода, чем это необходимо для терапевтического эффекта [MDG].

Злоупотребление галлюциногенами (МКБ 305.3) – острая интоксикация, вызванная самовведением галлюциногенов, которое мотивируется желанием ощутить их влияние на сознание и нарушение восприятия.

См. также злоупотребление наркотиками. Синоним: реакция на ЛСД (или другие галлюциногены).

Злоупотребление препаратами (МКБ 305) – самовведение лекарственных веществ или веществ, вызывающих удовольствие, в таких количествах или в таких формах, которые наносят ущерб здоровью или социальному функционированию. Термин имеет ругательный оттенок, поэтому рекомендуется ограничить его использование случаями, когда имеет место недоброжелательное, злобное поведение субъекта. См. также злоупотребление галлюциногенами.

Злоупотребление препаратами без явлений зависимости (МКБ 305) – самовведение наркотических веществ без зависимости (ниже будет определена "зависимость от наркотиков"), в такой мере, что это нарушает здоровье и социальные функции. Наркомания может быть вторичной по отношению к психическому расстройству [MDG]. Термин, а также концепция, на которой он основывается, являются спорными, поскольку невозможно надежно разделить наркоманов на имеющих зависимость и не имеющих ее.

Злоупотребление табаком (МКБ 305.1) – случаи, при которых используемый табак причиняет вред здоровью и социальному положению больного, или при которых имеется зависимость от табака [MDG]. Синоним: зависимость от табака.

Идиотия (МКБ 318.2) (не рекомендуется) – термин широко применяется (хотя он недостаточно четко очерчен) с 18-го века для обозначения состояний, в которых с рождения или раннего младенческого возраста имеется первичная слабость интеллекта, ведущая к невозможности усвоения образовательных навыков, соответствующих возрасту и социальным условиям. В последнее время применение термина ограничивается состояниями глубокой умственной неполноценности.

Извращение, не имеющее органической почвы (МКБ 307.5) – желание съесть и поедание веществ, не являющихся пищевыми продуктами, например грязь, краску, глину, штукатурку или лед. Это может быть связано с недостатком минеральных веществ (например, дефицитом железа), но может наблюдаться как кратковременное расстройство у детей и подростков без всякой патологии. Такое извращение следует дифференцировать от булимического поглощения пищи, которое иногда появляется у **аутичных детей, больных шизофренией**, а также при органических церебральных расстройствах, таких, как слабоумие.

Изменение личности или познавательной способности на почве органического поражения головного мозга, не относящееся к синдрому лобной доли (МКБ 310.1) – хронические, легкие состояния расстройства памяти и интеллекта, часто сопровождающиеся повышенной **раздражительностью**, ворчливостью, апатией и жалобами на физическую слабость. Эти состояния часто наблюдаются в старческом возрасте и могут предшествовать более тяжелым состояниям, обусловленным поражением головного мозга, которые классифицируются как **деменция** любого типа [MDG]. Синонимы: легкое расстройство памяти; органический психосиндром, не достигающий степени тяжести психотического состояния.

Имбецильность (МКБ 318.0) (не рекомендуется) – термин, характеризующий умственно неполноценного субъекта, уровень интеллекта которого занимает

промежуточное положение между тяжелой и умеренной **умственной отсталостью**. См. также умственная отсталость умеренно выраженная.

Индукцированный психоз (МКБ 297.3) – главным образом бредовой психоз, обычно хронический и часто неяркий, развивающийся как результат тесных или зависимых взаимоотношений с другим лицом, которое уже страдает аналогичным психозом. Психическое заболевание доминирующего субъекта чаще всего является параноидным. Болезненные идеи индуцируются у другого лица и исчезают, когда эту пару разлучают. Бредовые идеи, по крайней мере частично, являются общими для обоих [MDG]. Иногда индуцированный бред развивается у нескольких человек. Синонимы: folieadeux; foliesconimuniquee, folio, imposee, foliein-duite; индуцированное параноидное расстройство; ассоциативный психоз (не рекомендуется); симбиотический психоз.

Ипохондрия (МКБ 300.7) – **невротическое расстройство**, при котором основным симптомом является чрезмерная озабоченность собственным здоровьем в целом, или функционированием какого-либо органа, или, реже, состоянием своих умственных способностей. Это расстройство обычно ассоциируется с тревогой и депрессией; оно может быть проявлением тяжелого психического заболевания, и в этом случае его следует относить к соответствующей основной категории [MDG].

Истерический психоз (МКБ 298.8) – термин, применяемый к психотической **реакции** на вызывающие стресс события, преимущественно (но не всегда) у субъектов с истерическими личностными чертами. Заболевание обычно непродолжительно и может принять одну из нескольких форм: **ступор**, **сумеречное** состояние сознания, псевдодемнция, **синдром Ганзера**, **реакции бегства** и **шизофреноподобные** состояния. Некоторые синдромы, связанные с культурными особенностями, также имеют выраженные истерические черты.

Истерия (МКБ 300.1) – психическое расстройство, при котором мотивы, как будто бы не известные больному, вызывают **сужение поля сознания** или нарушения моторной или сенсорной функции. Этим нарушениям больной может придавать психологическую и символическую ценность. Могут иметь место конверсионные или диссоциативные проявления. При конверсионной форме главным или единственным симптомом является **психогенное** нарушение функции какой-либо части тела, например паралич, тремор, слепота, глухота или припадки. При диссоциативном варианте наиболее выраженной особенностью является сужение поля сознания, которое, по-видимому, служит бессознательной целью и обычно сопровождается селективной амнезией. Могут иметь место выраженные, но по существу поверхностные изменения личности, принимающие иногда форму истерической фуги. Поведение может имитировать **психоз** или, скорее, соответствовать представлению больного о психозе [MDG]. Синонимы: истерический невроз; конверсивная истерия.

Катастрофический стресс (МКБ 308) – реакция на исключительно тяжелый соматический или психический **стресс**, характеризующаяся нарушением адаптивного поведения, выраженной тревогой и шоковым состоянием. Термин применим также к состоянию **ажитации** и беспомощности, обнаруживающимся у больных с церебральными нарушениями, когда они сталкиваются с задачами, превышающими их возможности (Гольдштейн, 1878—1965).

Компенсационный невроз (МКБ 310.2) – плохо очерченный гетерогенный набор невротических симптомов с выраженной соматической окраской (**тревога**, **раздражительность**, головокружение при перемене позы, головная боль, нарушение способности к концентрации внимания, нарушения зрения и сна, сексуальные расстройства, непереносимая боль); все эти симптомы больной связывает с несчастным случаем или какой-либо другой травмой (особенно черепно-мозговой) и предъявляет их как основание для судебного разбирательства с целью получения компенсации. Это состояние, описанное Шарко в 1873г. и Оппенгеймом в 1889г., чаще наблюдается у мужчин, в менее образованных и менее квалифицированных группах населения, а также у

лиц с предшествовавшими эмоциональными нарушениями. Хотя часто основной идеей является получение "вторичного выигрыша", психологические причины жалоб могут вести к неправильному толкованию и возможной недооценке органического фактора. Таким образом, нозологический статус заболевания остается неопределенным. Синонимы: невроз, связанный с несчастным случаем; травматический невроз; посттравматический невроз.

Конверсивная реакция (МКБ 300.1) – проявление психологического комплекса идей, желаний и чувств в терминах соматической (моторной и/или сенсорной) дисфункции, которая представляет собой интрапсихический символический конфликт или осуществление желаний. Этот феномен является наиболее характерной чертой истерических состояний. Согласно теории психоанализа, это аффект, ассоциируемый со сложным набором идей, которые конвертируются в физические симптомы.

Корсаковский психоз алкогольный (МКБ 291.1) – синдром, проявляющийся в виде значительного и стойкого **снижения памяти**, включая выраженную потерю памяти на недавние события, нарушения ориентировки во времени и **конфабуляции**; развивается у лиц, страдающих алкоголизмом, как последствие острого алкогольного психоза (особенно **белой горячки**) или, реже, **синдрома алкогольной зависимости**. Обычно сопровождается периферическим невритом и может быть связан с энцефалопатией Вернике [MDG]. Примечание. Описан впервые в 1889 г. Корсаковым (1854—1900). Синонимы: алкогольный полиневритный психоз; болезнь Корсакова; алкогольный амнестический синдром; синдром Вернике – Корсакова.

Корсаковский психоз или синдром неалкогольный (МКБ 294.0) – симптомы, описанные в категории "Корсаковский психоз алкогольный", но не связанные с алкоголем [MDG]. Синонимы: амнестический конфабуляторный синдром; дисмнестический синдром.

"Культурный" шок (МКБ 309.2) – состояние социальной изоляции, **тревоги и депрессии**, развивающееся при внезапном изменении среды обитания (попадание в условия чуждой культуры или возвращение к своей после длительного перерыва) или вынужденной необходимости приспособливаться к различным традициям и устоям общества. Состояние часто встречается среди иммигрантов, но может развиваться и при радикальных изменениях общества.

Личности "множественность" (МКБ 300.1) – редкое состояние, при котором субъект ощущает себя в разное время двумя или более относительно независимыми личностями. **Диссоциация, внушаемость** и исполнение роли – все это рассматривается как психологически важные факторы в генезе данного расстройства. Оно обычно расценивается как **истерическое**, но наблюдается также при **органических** состояниях, особенно при эпилепсии.

Личность гипертимная (МКБ 301.1) – вариант расстройства личности, характеризующийся высоким уровнем активности без болезненного оттенка гипомании. Гипертимия и **дистимия** составляют циклотомический тип личности, который ассоциируется с **маниакально-депрессивным заболеванием**.

Личность зависимая (МКБ 301.6)#150; расстройство личности с астеническими особенностями или без них, характеризующееся низкой степенью самооценки, устойчивой тенденцией избегать ответственности и склонностью подчинять личные побуждения тем, которые диктуются другими людьми. См. также расстройство личности астенического типа.

Личность незрелая (МКБ 301.8) – расстройство личности, характеризующееся таким поведением и эмоциональными реакциями, которые позволяют предположить нарушение или запаздывание психобиологического развития. Предполагается, что конституциональной основой этой аномалии является электроэнцефалографическое нарушение в форме медленной, пароксизмальной тета- и дельта-активности, особенно в височно-затылочных областях головного мозга, с которым обычно связываются

расстройства поведения у детей и преступников. Значимость этой корреляции признается не всеми.

Личность пассивно-агрессивная (МКБ 301.8) (не рекомендуется) – **расстройство личности**, характеризующееся картиной агрессивных чувств, которые внешне выражаются в различных формах пассивности, например упрямство, угрюмость, медлительность или дезадаптивное поведение.

Личность психастеническая (МКБ 301.6) – форма расстройства личности, характеризующаяся физической астенией, низким уровнем энергии и быстрой утомляемостью, вялостью, а иногда повышенной чувствительностью, ассоциируемой с чертами навязчивости. Примечание. Термин, используемый в концепции неврастении, введен Бердом в 1869 г. См. также личность зависимая.

Личность расторможенная ("безудержная") (МКБ 301.8) – **расстройство личности**, характеризующееся недостаточным торможением и контролем потребностей, желаний и побуждений, особенно проявляющееся в сфере нравственности (немецкое слово "haltlose" – безудержность, отсутствие торможения).

Личность фанатическая (МКБ 301.0) – характер личности, характеризующийся прежде всего сверхценными идеями, которые упрямо поддерживаются и могут быть тщательно разработаны, но которые нельзя считать бредовыми. Субъекты могут следовать своим идеям, вступая в противоречие с общественными нормами или принимая более закрытый, часто странный образ жизни.

Личность эксцентричная (МКБ 301.8) – **расстройство личности**, характеризующееся переоценкой собственных мыслей и привычек, сверхценным отношением к ним, иногда фантастическим; субъект фанатически упорствует в своей правоте.

Мазохизм (МКБ 302.8) – форма девиантного сексуального поведения, в котором эротическое удовольствие связано с болью, плохим обращением или унижением. Термин нередко используют также для обозначения типа личности, стремящейся испытывать доставляемые самому себе страдания, дискомфорт и унижения. Согласно психоаналитической теории, различают эротогенные, женоподобные и моральные типы мазохизма. Примечание. Термин связан с именем австрийского писателя Леопольда фон Захера Мазохи (1836—1895), в романах которого приводится описание такого поведения. См. также: садизм.

Маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип (МКБ 261.1) – аффективный психоз, при котором преобладает мрачное и подавленное настроение с оттенком тревоги. Часто имеет место снижение активности, но может наблюдаться беспокойство и **ажитация**. Отмечается выраженная тенденция к рецидивам; в некоторых случаях рецидивы наступают с регулярными интервалами [MDG]. Синонимы: депрессивный психоз; эндогенная депрессия; маниакально-депрессивная реакция, депрессивный тип; монополярная (униполярная) депрессия; психотическая депрессия.

Маниакально-депрессивный психоз, маниакальный тип (МКБ 296.0) – психическое расстройство, характеризующееся состоянием приподнятого настроения или возбуждения, не вытекающими из обстоятельств жизни и колеблющимися от повышенного жизненного тонуса (гипомания) до неистового, почти неконтролируемого возбуждения. Типичными признаками являются **агрессивность** и злобность, **скачка идей**, отвлечение внимания, нарушения **критики и идеи величия** [MDG]. Синонимы: биполярное расстройство, маниакальный тип; мания; гипомания; маниакальный эпизод; маниакальное расстройство; маниакальный психоз; гипоманиакальный психоз; маниакально-депрессивный психоз или реакция.

Маниакально-депрессивный психоз, циркулярный тип, но в данный момент с маниакальными явлениями (МКБ 296.2; 296.3; 296.5) – аффективный психоз, который проявляется как в депрессивной, так и в маниакальной форме; эти проявления

чередуются или разделяются светлыми промежутками. Маниакальная фаза наблюдается реже, чем депрессивная [MDG]. Синоним: биполярное расстройство.

Маниакально-депрессивный психоз, циркулярный тип, смешанный (МКБ 296.4) – аффективный психоз, при котором одновременно наблюдаются как маниакальные, так и депрессивные симптомы [MDG]. Синоним: смешанное аффективное состояние.

Мания униполярная (монополярная) (МКБ 296.0) – относительно редкое состояние повторяющихся приступов приподнятого настроения без депрессивных эпизодов. Синонимы: периодическая мания; гипомания.

Меланхолия (МКБ 296.1; 296.2) (не рекомендуется) – термин, дошедший до нас со времен Гиппократ (4-й век до н. э.), использовался вплоть до конца прошлого столетия для обозначения депрессивного синдрома. Крепелин и другие специалисты использовали этот термин только для описания депрессий в пожилом возрасте, а Фрейд определял его как болезненный компонент нормальной печали. На фоне повсеместного ограничения использования данного термина DSM-III возрождает его, придав ему еще и другое значение, выражающее "определенное качество депрессивного настроения" и являющееся полной противоположностью нормального горя, и особую выразительность. Учитывая недостаточную точность и противоречивость обозначений, постоянное употребление этого термина не рекомендуется.

Меланхолия инволюционная (МКБ 296.1) – депрессивный психоз, возникающий в инволюционном периоде (40—55 лет для женщин, 52—65 лет для мужчин) при отсутствии в анамнезе указаний на имевшиеся в прошлом **аффективные заболевания**. Хотя некоторые симптомы и клинические признаки (например, бред или чувство вины, греха или обнищания, бред преследования и **ажитация**), как считают, придают инволюционной меланхолии отчетливую клиническую картину, эпидемиологические и семейные исследования не подтвердили ее самостоятельности как нозологической единицы, а выявили ее сходство с **маниакально-депрессивным психозом**.

Моторная задержка специфическая (МКБ 315.4) – расстройства, основным признаком которых является серьезное нарушение развития моторной координации и которые нельзя отнести к общей умственной отсталости. Неуклюжесть обычно связана с нарушениями восприятия [MDG]. Синонимы: синдром неуклюжести; синдром диспраксии.

Наркотическая интоксикация патологическая (МКБ 292.2) – индивидуальная идиосинкратическая реакция на введение сравнительно небольшой дозы препаратов (не галлюциногенов), которая принимает форму острого кратковременного психотического состояния любого типа [MDG].

Наркотические психозы (МКБ 292) – синдромы с доминированием признаков **органического** либо неорганического типа, которые связаны с употреблением препаратов (особенно групп амфетаминов, барбитуратов, опиатов и ЛСД) и растворителей. Некоторые из синдромов этой рубрики МКБ-9 не столь тяжелы, как большинство состояний, называемых "психотическими", но они включены из практических соображений [MDG]. Синонимы: токсические психозы, связанные с применением лекарственных препаратов; фармакогенные психозы.

Нарушение сексуальной роли (МКБ 302.6) – состояние, при котором имеет место конфликт, ведущий к дистрессу, между внешним видом и ориентацией официально принятого пола, с одной стороны, и биологическим полом и/или настоящим полом – с другой. Важную роль могут играть факторы культуры. Примером состояния является транссексуализм.

Нарушение физиологических функций психогенной этиологии (МКБ 306) – различные соматические симптомы или типы физиологического нарушения функции, вызванные психическими изменениями, без повреждения тканей и обычно

опосредованные через вегетативную нервную систему [MDG]. Синонимы: психофизиологические расстройства; психосоматические расстройства.

Неврастения (МКБ 300.5) невротическое расстройство, характеризующееся повышенной утомляемостью, **раздражительностью**, головной болью, **депрессией**, **бессонницей**, затруднением концентрации внимания и утратой способности радоваться (ангедония). Это состояние может развиваться после инфекции или истощения или сочетаться с ними, а также как следствие продолжительного эмоционального стресса [MDG]. Синоним: нервное истощение (не рекомендуется).

Невроз, связанный с особенностями характера (МКБ 301) (не рекомендуется) – психоаналитическая концепция, появившаяся как часть типологической конструкции, созданной на основании интерпретации особенностей характера либо как результат фазового развития, либо как аналог определенных симптомов. Таким образом, первое включает оральный или анальный характер, второе – истерический или навязчивый характер. Согласно этой концепции, проявления данной формы невроза занимают промежуточное положение между нормальными особенностями характера и невротическими симптомами (Джонс, 1938). См. также расстройства личности.

Невротические расстройства (МКБ 300) – разграничение между неврозом и **психозом** затруднено и до сих пор остается спорным вопросом, однако в МКБ-9 это разграничение сохранено ввиду широкого использования этих категорий. Невротические расстройства – это психические расстройства без очевидной органической основы, при которых у больного может полностью сохраняться **критика** и адекватная оценка окружающей действительности, в результате чего он обычно не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью. Поведение может сильно изменяться, хотя обычно не выходит за рамки социально принятых норм. **Дезорганизации личности** нет. Основные проявления включают чрезмерную **тревожность**, **истерические** симптомы, **фобии**, **обсессивные и компульсивные** симптомы, депрессию. Синонимы: неврозы; психоневрозы (не рекомендуется).

Нервная анорексия (МКБ 307.1) – расстройство, при котором основными особенностями являются упорный активный отказ от приема пищи и заметная потеря массы тела. Уровень активности и быстроты реакции относительно высок, несмотря на истощение. Обычно расстройство развивается у девочек в подростковом возрасте, но иногда оно может начинаться перед половым созреванием. Обычно наблюдается аменорея и может также иметь место ряд других физиологических изменений, в том числе замедление пульса и дыхания, низкая температура тела и связанная с этим отечность. Типичны необычные способы приема пищи и отношение к еде; иногда голодание следует за периодами переедания или перемежается с ним (см. также термин "булимия"). Сопутствующие психические нарушения разнообразны. Это расстройство иногда наблюдается у мужчин. Синоним: психическая анорексия (не рекомендуется).

Обсессивно-компульсивное расстройство (МКБ 300.3) – состояние, при котором самым ярким симптомом является ощущение субъективной **компульсии** (которому личность противодействует) выполнять определенное действие, развивать какие-либо идеи, вспоминать события прошлого или размышлять по поводу абстрактной темы. Нежелательные мысли, которые одолевают, настойчивость слов и идей, размышлений или цепей мыслей воспринимаются больным как неадекватные и бессмысленные. Обсессивные побуждения или идеи воспринимаются личностью как чуждые, но в то же время зародившиеся в ней самой. Обсессивными действиями могут быть квазицеремониальные поступки, направленные на то, чтобы ослабить тревогу (например, мытье рук как спасение от заражения). Попытки отогнать непрошеные мысли или побуждения могут привести к тяжелой внутренней борьбе, сильной тревоге [MDG]. Синонимы: ананкастический невроз; компульсивный невроз.

Общий паралич душевнобольного (МКБ 249.1) – форма третичного нейросифилиса, при котором неврологические (парез глазодвигательного нерва, зрачковая

реакция Аргайла-Робертсона, атрофия зрительного нерва, тремор, атаксия, дизартрия, неспособность опорожнения мочевого пузыря и кишечника) и психопатологические (**деменция**, экспансивный, параноидный или депрессивный **бред**, нарушение социального поведения) синдромы возникают на основе приводящего к атрофии прогрессирующего инфильтративного полиэнцефалита, обусловленного прямой инвазией паренхимы мозга спирохетами. При отсутствии лечения болезнь прогрессирует и завершается тяжелой деменцией и смертью. Примечание. Частота случаев этого заболевания, достигшая пика в начале и середине 19-го века, в течение последних нескольких десятилетий резко снизилась. Состояние описано Бейлем в 1822 г., а термин предложен Делайе в 1824 г. Синонимы: общий парез; паралитическая деменция; прогрессивный паралич, болезнь Бейля.

Онейрофрения (МКБ 295.4) – синдром, описанный как появляющийся при острой **шизофрении** и характеризующийся некоторым **затуманиванием сознания** и снопоподобным (онейроидным) состоянием с яркими сценическими **галлюцинациями**, **кататоническими** проявлениями и ослаблением связей с внешним миром. Примечание. Предположение о нозологической самостоятельности этого синдрома не получило широкой поддержки. Термин введен Майер-Гроссом в 1924 г. (как онейроидное состояние), а позднее в 1945 г. его использовали Медуна и Маккуллох.(см. также снопоподобно состояние.

Опьянение патологическое (МКБ 291.4) – острый психотический эпизод, вызванный потреблением сравнительно небольшого количества алкоголя. Такие состояния рассматриваются как индивидуальные реакции идиосинкразии на алкоголь, не связанные с чрезмерным потреблением алкоголя и без соответствующих неврологических признаков интоксикации.

Органический психосиндром очаговый (частичный) (МКБ 310.8) – любая форма непсихотического психического расстройства, обусловленная локализованным поражением ткани головного мозга.

Острая реакция на стресс (МКБ 308) – очень быстро переходящие расстройства различной степени тяжести и природы, которые наблюдаются у лиц, не имевших какого-либо явного психического расстройства в прошлом, в ответ на исключительную соматическую или психическую ситуацию (например, стихийное бедствие или боевые действия) и которые обычно исчезают через несколько часов или дней [MDG]. Острая реакция на стресс может быть проявлением предшествующего эмоционального расстройства (например, **панические состояния**, возбуждение, **страх**, **депрессия** или **тревога**), расстройства сознания (например, амбулаторный автоматизм) или **психомоторного расстройства** (например, ажитация или ступор). Синонимы: катастрофическая стрессовая реакция; делирий в состоянии истощения (не рекомендуется); эмоциональная реакция на ужасы, перенесенные во время боевых действий; посттравматическое стрессовое расстройство.

Острый бред (bouffedelirante) (МКБ 298.3) – этот термин используется для обозначения острого психотического эпизода, который, как полагали раньше, наблюдается у **психопатических личностей** (degeneres). Первоначально описание клинической картины включало пять ключевых характеристик: внезапное острое начало, наличие ряда полностью сформировавшихся **бредовых** систем с эпизодическими **галлюцинациями**, некоторое **помрачение сознания**, связанное с эмоциональной нестабильностью, отсутствие соматических патологических признаков и быстрое наступление ремиссии. Позднее специалисты акцентировали внимание на других признаках, таких, как возможность провокации нарушения психосоциальными стрессорами, высокая частота случаев или рецидивов эпизодов после асимптоматических промежутков, нозологическая независимость эпизода от **шизофрении**, хотя хронический шизофренический статус может развиваться после одного (или более) рецидива.

Примечание. Термин впервые введен в 1886 г. Легре и заимствован Магнаном. См. также шизофренический эпизод острый; реактивный психоз; шизофреноформный психоз.

Острый инфекционный психоз (МКБ 293.0) – острый психоз, обычно характеризующийся **помрачением сознания** и связанный с инфекционными или паразитарными болезнями. См. также **симптоматический психоз**.

Отставание в арифметике специфическое (МКБ 315.1) – расстройства, основной особенностью которых является выраженное нарушение развития навыков счета, причем его нельзя объяснить общей задержкой умственного развития или неадекватным обучением [MDG]. Синонимы: дискалькулия; нарушение развития способностей к арифметике.

Отставание в чтении специфическое (МКБ 315.0) – расстройства, характеризующиеся прежде всего выраженным нарушением развития **навыков** чтения или правописания, которые нельзя объяснить **общей задержкой умственного развития** или неадекватным обучением. С этим состоянием часто связаны трудности освоения навыков речи или языковой лексики, правая – левая дифференциация, сенсорно-моторные трудности. Подобные нарушения часто наблюдаются и у других членов семьи. Могут иметь место неблагоприятные психосоциальные факторы [MDG]. Синонимы: дислексия развития; специфические трудности в правописании; легастения; нарушение способности к развитию чтения (DSM-III).

Паническое расстройство (МКБ 300.0) – термин, который обычно синонимичен термину "панический приступ", но который может принимать такие специфические и далекие от реальности формы, как "гомосексуальная паника" и "сдавление жизненно важных центров". В DSM -III "паническое расстройство" выделено в самостоятельную диагностическую категорию в группе тревожных состояний. Синоним: эпизодическая пароксизмальная тревога. См. также панические приступы; паническое состояние.

Паническое состояние (МКБ 300.0; 308.0) – устойчивое состояние, при котором болезненная тревога поражает одного человека или группу лиц, которым передается паническое состояние. См. также паническое расстройство.

Параноидная реакция острая (МКБ 298.3) – параноидные состояния, явно спровоцированные эмоциональным стрессом. Стресс часто ошибочно истолковывается как угроза или нападение. Такие состояния особенно характерны для узников или обнаруживаются как острые реакции на незнакомые или пугающие явления, например у эмигрантов [MDG].

Параноидное состояние простое (МКБ 297.0) – психоз (острый или хронический), не классифицируемый как **шизофрения** или **аффективный психоз**, при котором основными симптомами являются **бред преследования** или воздействия каким-либо иным путем. Бред довольно устойчив, тщательно разработан и систематизирован [MDG].

Параноидные и/или галлюцинаторные состояния, вызванные употреблением лекарственных средств (МКБ 292.1) – состояния, продолжающиеся более нескольких дней, но обычно не более нескольких месяцев, связанные с интенсивным или длительным употреблением препаратов, особенно групп амфетамина и ЛСД. Обычно преобладают слуховые **галлюцинации**, может иметь место **тревога** и беспокойство [MDG].

Параноидный психоз психогенный (МКБ 298.4) – психогенный или реактивный параноидный психоз любого типа, имеющий большую продолжительность, чем острые реакции [MDG]. Синоним: затяжной реактивный параноидный психоз.

Паранойя (МКБ 297.1) – редкий хронический **психоз**, при котором логически построенный систематизированный **бред** развивается постепенно, не сопровождаясь **галлюцинациями** или расстройством мышления **шизофренического** типа. Обычно

характерен бред величия (паранойяльный пророк или изобретатель), преследования или физического неблагополучия [MDG].

Паранойя жалобщика (МКБ 297.8) – состояние, характеризующееся склонностью к предъявлению жалоб по любому поводу, недовольством, **раздражительностью** в связи с убеждением в несправедливом отношении и преследовании (иногда **бредовой интенсивности**) на основе реальных и воображаемых неприятностей, обид и оскорблений; часто приводит к бесконечным судебным тяжбам. Синоним: сутяжническая паранойя.

Парафрения (МКБ 297.2) (не рекомендуется) #150; согласно МКБ-9, это **параноидный психоз**, при котором имеют место яркие **галлюцинации**, часто нескольких видов. Аффективные симптомы и нарушенное мышление (если они имеют место) не доминируют в клинической картине, и личность остается достаточно сохранной. В начале 19-го века Гвислейн применил термин, являющийся синонимом к слову "глупость" (безрассудство) для объяснения бредовых и галлюцинаторных состояний, но в конце столетия Крепелин обозначил их как группу состояний, промежуточных между **паранойей** и параноидной **шизофренией**. Определения типа "инволюционная" или "поздняя" парафрения добавляют новые измерения и без того разросшейся концепции. Из-за недостатка специфичности и точности термин не рекомендуется использовать.

Педофилия (МКБ 302.2) – **половое извращение**, при котором взрослый человек проявляет сексуальную активность по отношению к ребенку того же или противоположного пола. Синоним: педерозис.

Писчий спазм (МКБ 300.8) – болезненный спазм мышц руки и пальцев во время письма, появляющийся в начале или вскоре после начала акта письма и имеющий свойство повторяться. См. также профессиональный невроз. Синонимы: графоспазм; паралич писца (не рекомендуется).

Пограничное состояние (МКБ 295.5) – плохо очерченный термин, относящийся к трем группам психических нарушений. Сюда относятся: 1) особая (неполная) форма **шизофрении** (практически это синоним термина "**шизоидное расстройство личности**"); 2) общая категория личностных или характерологических расстройств, которые в терминах психоаналитической концепции называются расстройствами функции "эго"; 3) более специфическая форма расстройства личности, характеризующаяся нарушением эмоциональных связей и самоосознания, а также ощущением угнетающего одиночества и тенденцией к вспышкам гнева. Ни одна из этих категорий не может рассматриваться как валидный клинический синдром.

Постконтузионный синдром (МКБ 310.2) – состояние, появляющееся после общей контузии мозга, при котором клиническая картина может напоминать такую **при синдроме лобной доли** или любом **невротическом расстройстве**, но при котором, кроме того, имеют место сильные головные боли, головокружение, утомляемость, бессонница и субъективное ощущение нарушения интеллекта. **Настроение** может колебаться, и незначительный **стресс** может вызвать чрезмерный страх и дурные предчувствия. Нередко имеет место плохая переносимость умственного и физического напряжения, непереносимость шума и предрасположенность к ипохондрии. Эти симптомы более типичны для людей, ранее перенесших **невротические** или **личностные расстройства**, или при наличии компенсаторных возможностей. Синдром, в частности, наблюдается при закрытой травме головы, когда признаки локального повреждения мозга отсутствуют или слабо выражены, но может появляться и при других состояниях [MDG]. Синонимы: посттравматический церебральный синдром непсихотический; состояние после сотрясения головного мозга.

Посттравматический органический психоз (МКБ 293.0) – чаще всего острое, подросток состояние спутанности наступает после ранения мозга. **Эпилептический психоз** и **делириозные эпизоды** могут быть связаны с поражением головного мозга. **Шизофренический, параноидный, аффективный** (в основном гипоманиакальный) и

истерический психозы появляются после травмы головы у тех лиц, у которых имеется предрасположенность. Синоним: психоз после травмы головы.

Правонарушение (МКБ 312.1, 312.3) – термин применим к различным формам расстройств поведения, приводящих к нарушениям закона, обычно совершаемых детьми и подростками. Важное значение в этом случае имеют социально-экономические и семейные условия, групповое окружение и такие личностные характеристики, как незрелость, эгоцентризм и недостаточно развитая способность формирования межличностных отношений. См. также акт правонарушения.

Привыкание (МКБ 303, 304) – навязчивое побуждение к регулярному использованию лекарственных или вызывающих удовольствие средств для достижения облегчения, комфорта, возбуждения или веселья, которые они вызывают; часто при пристрастии к опиатам, барбитуратам и морфиноподобным веществам, а также, возможно, к алкоголю, кокаину, марихуане и фенамину, при отсутствии такого средства возникает страстное желание принять его, существование выраженной соматической зависимости при привыкании к опиатам и морфиноподобным анальгетикам, барбитуратам и, возможно, к фенамину и алкоголю, наличие повышенной толерантности (или адаптации) к опиатам и морфиноподобным анальгетикам, барбитуратам и, возможно, к фенамину и алкоголю; обычно во время реакции абстиненции при привыкании к опиатам, морфиноподобным анальгетикам, барбитуратам и алкоголю имеют место психотоксические эффекты [ARD]. В МКБ-9 содержится предложение заменить термин "привыкание" термином "зависимость". Синоним: зависимость от вещества.

Приспособительная реакция (МКБ 309) – легкие и преходящие нарушения, длящиеся дольше, чем **острые реакции на стресс**. Такие реакции наблюдаются у лиц любого возраста, не имевших какого-либо явного предшествовавшего психического расстройства. Эти реакции, часто относительно ограниченные или ситуационно обусловленные, в большинстве случаев длятся лишь несколько месяцев. Как правило, они тесно связаны по времени и содержанию со стрессами, вызванными такими событиями, как тяжелая утрата, миграция или разлука. В эту рубрику включены также реакции на основной стресс, которые длятся дольше нескольких дней. У детей такие расстройства не вызывают значительных отклонений в развитии [MDG].

Приспособительная реакция со смешанными нарушениями эмоций и поведения (МКБ 309.4) –расстройства, отвечающие общим критериям приспособительных реакций, при которых выделяются эмоциональные и поведенческие нарушения [MDG1].

Приспособительные реакции с преобладанием нарушений поведения (МКБ 309.3) – легкие или преходящие расстройства, отвечающие общим критериям приспособительных реакций, при которых основное расстройство проявляется в виде нарушений поведения [MDG].

Проблемы взаимоотношений (МКБ 313.3) – эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста, при которых основными симптомами являются нарушения взаимоотношений, например, зависть родным братьям или сестрам.

Профессиональный невроз (МКБ 300.8) (не рекомендуется) – избирательное подавление выполнения специфических, обычно высокопрофессиональных действий (двигательных или умственных), являющихся важными в профессиональной деятельности субъекта, при отсутствии органических изменений. Примерами могут служить **судорога писателя**, судорога музыканта, появление у бухгалтера внезапных трудностей при арифметическом счете. В основе такой дисфункции обычно лежит состояние **тревоги**; использование этого термина, указывающего якобы на независимый статус данного расстройства, нецелесообразно.

Псевдошизофрения (МКБ 295.5) (не рекомендуется) – группа расстройств, напоминающих **шизофрению** некоторыми клиническими проявлениями, но принадлежащих к разным диагностическим категориям. Согласно Рюмке,

"псевдошизофрения" включает **маниакально-депрессивную болезнь, органические состояния, тяжелые истерические реакции, обсессивно-компульсивные состояния и шизоидные и параноидные расстройства личности.** См. также шизофрения латентная.

Психалгия (МКБ 307.8) – состояния, при которых имеют место боли психического характера, например головная боль или боль в пояснице, когда невозможно поставить более точный терапевтический или психиатрический диагноз. См. также головная боль напряжения.

Психастения (МКБ 300.8) – невротическое расстройство, характеризующееся "снижением психической функции", сомнениями, импульсами и страхами, а также последующим затруднением в достижении результатов, принятии решений и выполнении действий. Психастенические состояния значительно, хотя и не полностью, отличаются от истерических состояний и относятся к недостаточно уточненному состоянию "отсутствие психической энергии". Примечание. Термин впервые использован Жане (1859—1947). См. также психастеническое расстройство личности. Синоним: психастенический невроз.

Психические факторы, с которыми связаны соматические заболевания (МКБ 316) – любые психические расстройства или физические факторы, как считают, играют определенную роль в этиологии соматических заболеваний, обычно характеризующихся поражением тканей и классифицируемых не в главе V, а в других разделах МКБ-9. Психические расстройства (обычно легкие и неспецифические) и психические факторы (тревога, страх, конфликт и т. д.) могут присутствовать без внешнего психического расстройства. В редких случаях внешнее психическое расстройство может быть обусловлено соматическим состоянием [MDG].

Психогенная дисменорея (МКБ 306.5) боль в животе или спазмы, появляющиеся во время менструаций (и не являющиеся частью синдрома предменструального напряжения), в основе которых, как предполагают, лежат психологические причины, но это утверждение еще не доказано полностью. См. также синдром предменструального напряжения.

Психогенная икота, психогенный кашель (МКБ 306.1) – это непроизвольный спазм дыхательных мышц, после которого наступает быстрое закрытие глотки, может быть нормальным кратковременным явлением после еды или питья или при стойком частом повторении, симптомом соматического заболевания. Можно предположить наличие психогенной причины, но только в тех случаях, когда соматические причины не обнаруживаются. Напротив, сухой кашель при отсутствии поражения органов дыхания или центральной нервной системы чаще является невротическим синдромом или изолированным психогенным **тиком**.

Психогенная кривошея (МКБ 306.0) – дискинетические движения мышц шеи, приводящие к патологическому и часто болезненному положению головы. Психофизиология этого расстройства все еще не выяснена. При изолированном появлении симптома без сопутствующих признаков поражения позвоночника или глазных симптомов и при отсутствии неврологических заболеваний, таких, как деформирующая дистония мышц, можно предполагать **психогенную** этиологию этого состояния.

Психогенная периодическая рвота (МКБ 306.4) –внезапные приступы рвоты у детей, продолжающиеся в течение нескольких дней при отсутствии желудочно-кишечного заболевания и внезапно заканчивающиеся; состояние имеет тенденцию к рецидивированию через несколько недель или более. В основе данного расстройства, как предполагают, лежат эмоциональные нарушения.

Психогенный зуд (МКБ 306.3) – тяжелый, длительный или повторяющийся зуд при отсутствии кожных заболеваний. Больной ищет облегчения в глубоком, упорном расчесывании, которое может приводить к искусственным повреждениям, но обычно безболезненным. Как правило, в основе этого явления лежит подавленное эмоциональное напряжение, однако прежде чем признать это, следует исключить другие состояния,

особенно медленно прогрессирующие расстройства типа первичного цирроза, связанного с нарушением отделения желчи.

Психоз реактивный (МКБ298) – термин, используемый для обозначения группы **психозов**, причинно связанных с предшествующим внешним событием, например личное горе, утрата близкого человека, оскорбление, стихийное бедствие. Психозы в большинстве случаев имеют небольшую продолжительность, часто (но не всегда) прекращаются при устранении провоцирующего фактора. Форма и содержание психозов отражают природу спровоцировавшего их фактора; выделяют три широкие клинические категории: расстройства сознания (**спутанность**), расстройства аффекта (**депрессия**) и бредовые расстройства (**параноид**). Эта классификация реактивных психозов, первоначально описанных Виммером (1916) как **психогенные** психозы, принимается большинством специалистов. В МКБ-9 этот термин относится к небольшой группе психотических состояний, которые в аначительной степени или полностью связаны с недавними переживаниями [MDG]. Термин не следует использовать для болееширокого диапазона психозов, в этиологии которых факторы окружающей среды играют какую-либо (но не основную) роль. Синоним: психогенный психоз.

Психоз реактивный возбудимого типа (МКБ 291.1) –аффективный психоз, сходный с маниакально-депрессивным психозом маниакального типа, но явно спровоцированный эмоциональным стрессом [MDG].

Психоз реактивный депрессивного типа (МКБ 298.0) –депрессивный психоз, напоминающий по своим симптомам депрессивный тип **маниакально-депрессивного** психоза, но явно вызванный печальной стрессовой ситуацией, такой, как утрата близкого человека, глубокое разочарование или крушение надежд. По сравнению с маниакально-депрессивным психозом депрессивного типа при этом состоянии клинические вариации симптомов меньше, а бред часто связан с. жизненной ситуацией. Обычно наблюдаются серьезные нарушения поведения, например настойчивые суицидальные попытки [MDG]. Синонимы: реактивный депрессивный психоз; психогенный депрессивный психоз.

Психоз у детей атипичный (МКБ 299.8) –различные психотические нарушения у детей младшего возраста, характеризующиеся некоторыми проявлениями, свойственными **раннему детскому аутизму**. Симптомы могут включать стереотипно повторяющиеся движения, гиперкинезы, самоповреждения, задержку речевого развития, эхολалию и нарушение социальных отношений. Такие нарушения могут быть у детей с любым уровнем интеллекта, но особенно часты у **умственно отсталых** детей [MDG].

Психоневроз (МКБ 300.9) (не рекомендуется) – термин, использовавшийся Фрейдом в ранний период формулирования психоаналитической теории, для обозначения **невротических расстройств (конверсионная истерия, обсессивно-компульсивный невроз)**, которые, как предполагают, вызываются травмирующими событиями, перенесенными в детском возрасте, в отличие от "действительных" неврозов (**неврастения, невроз тревожности**), при которых клинические симптомы рассматривались как прямой продукт жесткого либидо. Это положение впоследствии утратило свое значение в психоаналитическом мышлении, и термин стал простым синонимом "невроза". См. также невротические расстройства.

Психозы (МКБ 290—299) –неточный термин, введенный фон Фейх-тершлебен в 1846 г., который впоследствии использовался для гетерогенной группы состояний, характеризующихся тяжелым нарушением психических функций (исключая **умственную отсталость**), в связи с нарушением психологического контакта с реальной действительностью и обычно асоциальным поведением. Расстройства **сознания, памяти, настроения, мышления** или **психомоторного** поведения являются наиболее выраженными клиническими симптомами, которые зависят от природы психоза; часто грубо нарушена **критика**. Прилагательное "психотический" часто используется в чисто описательном смысле, указывая на наличие некоторых симптомов, таких, как бред, галлюцинации и расстройство мышления. С точки зрения этиологии психозы обычно

подразделяются на те, которые являются компонентом соматического заболевания, поражающего церебральные функции (**органический психоз**), и те, которые имеют недетерминированную структуру или метаболическую патологию (функциональные или "эндогенные" психозы).

Психопатия, психопатическая личность (МКБ 301.9) – термины, введенные в 1891 г., получившие широкое распространение для обозначения недостаточно обозначенной группы патологических личностей, которые страдают сами из-за своего состояния или заставляют страдать окружающих. Если немецкая школа психиатров стремится подчеркнуть биологические аспекты психопатии не как болезни, а как статистического отклонения от гипотетической нормы, то англосаксонские ученые подчеркивают ее социальные последствия, особенно антисоциальное поведение, которое часто является основным проявлением. Имеется также много фактов о том, что в этиологии этого состояния определенную роль играют повреждения тканей. См. также расстройства личности.

Психосоматические расстройства (МКБ 306; 316) – неточно определенный термин с холистической окраской и двойственным смыслом, применяемый прежде всего к состояниям, в которых эмоциональные расстройства играют значительную роль в этиологии, усугублении или поддержании патологического соматического процесса, характеризующего болезнь. "Психосоматическая" концепция чрезмерно расширена и, если она будет сохранена, ее следует использовать в более узком, специальном, смысле. См. также нарушение физиологических функций психогенной этиологии.

Психосоциальное недоразвитие (МКБ 316; 259.4) – задержка роста и развития в детстве, являющаяся обратимой и связанная с психологическим нарушением взаимосвязи родитель-ребенок. В настоящее время обсуждаются факты, свидетельствующие о первичной психологической причине этого, и, как считают, первостепенное значение здесь имеет неполноценное питание, обычно маскируемое психосоциальными проблемами в семье. Синоним: депривация развития.

Ранний детский аутизм (МКБ 299.0) – редкий синдром, который в большинстве случаев присутствует с рождения или начинается в первые 30 мес. Реакции на слуховые и иногда на зрительные раздражители нарушены; понимание речи обычно значительно затруднено. Развитие речи задерживается и, если речь развивается, она характеризуется **эхолалией**, путаницей местоимений, незрелостью грамматических структур; отсутствует способность употреблять абстрактные термины. Обычно наблюдается расстройство в социальном использовании как устной речи, так и языка жестов. Трудности в социальных взаимоотношениях наиболее заметны в возрасте до 5 лет и включают нарушения в развитии способности смотреть в глаза собеседнику, к совместным играм, а также к появлению социальных привязанностей. Обычно наблюдаются ритуалы, болезненная приверженность неизменному порядку, сопротивление любым изменениям, привязанность к необычным предметам и стереотипный характер игры. Способность к абстрактному или символическому мышлению и творческим играм снижена. Уровень **интеллекта** колеблется от сильно сниженного до нормального и выше. Обычно задания, требующие механического запоминания или зрительно-пространственных способностей, выполняются лучше, чем задания, требующие абстрактного мышления или лингвистических способностей [MDG]. Причиной этого нарушения, возможно, является биологически основанная форма когнитивного дефекта, влияющего на развитие речи. Прогноз, как правило, неблагоприятный и касается прежде всего уровня интеллекта. Примечание. Синдром впервые описан Каннером в 1943 г., который представил картину большей части проявлений данного состояния. Синонимы: детский аутизм; синдром Каннера; детский психоз (не рекомендуется).

Расстройства личности (МКБ 301) – прочно укоренившиеся формы дезадаптивного поведения, обычно проявляющиеся в подростковом возрасте или раньше и сохраняющиеся в течение большей части жизни, хотя нередко становящиеся менее

выраженными в среднем или пожилом возрасте. Личность является патологической либо в балансе ее компонентов, их качества и выражения, либо в общем аспекте. Из-за этого отклонения, или **психопатии**, страдают и сам индивид, и окружающие и причиняется вред и самому этому лицу, и обществу. К этой категории относится и так называемая психопатическая личность, однако если расстройство обусловлено первично дисфункцией головного мозга, то его следует классифицировать как одно из непсихотических органических мозговых синдромов. Когда у больного обнаруживается аномалия личности, непосредственно связанная с неврозом или **психозом**, например **шизоидная личность** и **шизофрения** или **ананкастическая личность** и **обсессивно-компульсивный** невроз, следует также указывать в диагнозе этот очевидный невроз или психоз [MDG].
Синонимы: психопатическая личность; психопатия.

Расстройство активности и внимания в детстве простое (МКБ 314.0) – случаи, при которых основными симптомами являются краткие провалы внимания, отвлекаемость и гиперактивность, составляющие **гиперкинетический синдром**, без значительного нарушения поведения или задержки выработки специфических **навыков** [MDG].

Расстройство личности ананкастическое (МКБ 301.4) – личностная организация, присущая субъекту в течение всей его жизни, характеризующаяся ощущением отсутствия личной безопасности, сомнениями, чрезмерной добросовестностью, упрямством и осторожностью. Могут иметь место упорные и нежелательные мысли или действия, которые не достигают тяжести **обсессивно-компульсивного расстройства**. Характерна тщательность и педантичная точность, а также потребность в постоянных проверках для достижения этого. Могут наблюдаться выраженная ригидность и склонность к постоянным сомнениям [MDG]. Синонимы: компульсивная личность; обсессивная личность.

Расстройство личности астеническое (МКБ 301.6) – расстройство личности, характеризующееся пассивностью и слабостью или неадекватной реакцией на требования повседневной жизни. Недостаток активности может проявляться в интеллектуальной или эмоциональной сфере; слабо выражена способность радоваться [MDG]. Синонимы: неадекватная личность; пассивная личность.

Расстройство личности аффективное (МКБ 301.1) – состояние, характеризующееся преобладанием в течение всей жизни определенного **настроения**, которое может быть устойчиво депрессивным, устойчиво приподнятым или попеременно то одним, то другим. В периоды **приподнятого настроения** имеет место непоколебимый оптимизм и повышенный интерес к жизни и деятельности, тогда как в периоды **депрессии** отмечается выраженное беспокойство, пессимизм, низкая продуктивность и чувство неполноценности [MDG]. У таких лиц нередко развивается маниакально-депрессивный психоз, однако его возникновение не является неизбежным. Синонимы: циклоидная личность; циклотимическая личность; депрессивная личность; дистимическая личность; гипертимная личность.

Расстройство личности истерическое (МКБ 301.5) – состояние, характеризующееся лабильностью аффекта, зависимостью от других, жадой признания и внимания, внушаемостью и театральностью. Часто наблюдается сексуальная незрелость, например фригидность, и чрезмерная реакция на внешние раздражители. В **стрессовой** ситуации могут развиваться истерические симптомы (невроз) [MDG]. Синонимы: истерическая личность; психоинфантильная личность.

Расстройство личности с преобладанием социопатических или асоциальных проявлений (МКБ 301.7) – расстройство личности, характеризующееся пренебрежением к социальным обязательствам, отсутствием сочувствия к окружающим и тупым или жестоким безразличием. Наблюдается значительное несоответствие между поведением и отношением к социальным нормам. Поведение с трудом поддается коррекции под влиянием опыта, включая наказание. Такие лица часто эмоционально холодны и могут

быть патологически агрессивны или безответственны. Они плохо переносят неудачи, обвиняют в них других или дают правдоподобные объяснения своему поведению, приведшему к конфликту с обществом [MDG]. Синонимы: аморальная личность; расстройство личности с антисоциальными проявлениями; асоциальная личность; нравственное помешательство (не рекомендуется); социопатическая личность.

Расстройство личности шизоидное (МКБ 301.2) – расстройство личности, при котором наблюдается замкнутость, слабость социальных и других контактов с аутистическим уходом в мир фантазий и измененной интроспекции. Поведение может быть слегка эксцентричным или свидетельствовать о желании избежать ситуаций соперничества. Видимая холодность и отчужденность могут маскировать неспособность выразить свои чувства [MDG].

Расстройство личности взрывчатое (МКБ 301.3) – расстройство личности, характеризующееся неустойчивостью настроения со склонностью к периодическим вспышкам гнева, ненависти, насилия или привязанности. Агрессивность может выражаться в словах или в виде физического насилия. В состоянии аффекта индивид не в состоянии контролировать такие вспышки, в то же время в остальном признаков антисоциального поведения нет. Синонимы: агрессивная личность; эмоциональная неустойчивость (чрезмерная).

Расстройства поведения (МКБ 312) – расстройства, включающие главным образом **агрессивность** и деструктивное поведение, и расстройства, включающие **правонарушения**. Термин должен использоваться для обозначения патологического поведения у субъектов любого возраста; такое поведение социально осуждается; оно не является составной частью какого-либо другого патологического состояния, наблюдающегося в психиатрии. Могут иметь место также легкие эмоциональные расстройства. Чтобы отнести состояние к данной категории, поведение (как можно судить по частоте, тяжести и типу ассоциации с другими симптомами) должно быть патологическим в рамках этого контекста. Нарушения поведения отличаются от **приспособительной реакции** большей продолжительностью и отсутствием тесной связи по времени и содержанию со стрессом. Они отличаются от **расстройств** личности отсутствием картины глубоко распространившейся дезадаптации поведения, появляющейся с подросткового возраста или еще раньше [MDG]. Синоним: нарушения поведения.

Расстройство поведения без нарушения общественных норм (МКБ 312.0) – нарушение характеризуется вызывающим поведением, непослушанием, конфликтностью, агрессивностью, деструктивными формами поведения, приступами раздражительности, воровством, лживостью, хулиганскими действиями и плохими взаимоотношениями с окружающими. Иногда имеет место нарушение сексуального поведения [MDG]. Синонимы: расстройство поведения недостаточно социализированное, агрессивное/неагрессивное; агрессивное расстройство несоциализированное.

Расстройство речевого или языкового развития (МКБ 315.3) – расстройства, характеризующиеся прежде всего серьезными нарушениями развития речи или освоения языка (синтаксиса или семантики), которые нельзя объяснить общей задержкой интеллектуального развития. Чаще всего имеет место задержка в развитии нормального произношения звуков, ведущая к дефектам артикуляции. Особенно часто наблюдаются пропуски или замены одних согласных другими. Может также иметь место задержка развития разговорной речи. Редко наблюдается также связанная с развитием задержка в понимании звуков. В эту рубрику включены случаи, когда задержка развития обусловлена главным образом отсутствием соответствующего окружения [MDG]. Синонимы: афазия, связанная с развитием; дислалия; расстройство развития языка экспрессивно/рецептивного типа.

Расстройства сна специфические (МКБ 307.4) – в МКБ-9 эта категория включает нарушения сна неорганической природы, такие, как гиперсомния, **бессонница**, нарушения

ритма сна, ночные кошмары, ночные ужасы, **снохождение**, для которых нельзя поставить более точный терапевтический или психиатрический диагноз [MDG].

Расстройство эмоций, специфическое для детского и подросткового возраста (МКБ 313) – менее четко очерченные эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста. Когда эмоциональное расстройство принимает форму **невротического расстройства**, следует использовать соответствующую рубрику (МКБ 300). Эта категория нарушений отличается от категории **острых реакций на стресс** большей продолжительностью и отсутствием тесной связи по времени и содержанию со стрессом [MDG].

Расстройство эмоций, специфическое для детского и подросткового возраста, с подавленностью и тоской (МКБ 313.1) – эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста, при которых на первый план выступают подавленность и тоска; могут также наблюдаться расстройства аппетита и сна [MDG].

Расстройства поведения компульсивные (МКБ 312.2) – специфически компульсивные расстройства поведения или акты правонарушения. Синоним: нарушение поведения компульсивное. Расстройство поведения с нарушением общественных норм (МКБ 312.1) – нарушения у лиц, усвоивших навыки или поведение, характерные для группы сверстников-правонарушителей, которыми они преданы и вместе с которыми воруют, прогуливают уроки или не ночуют дома. Может иметь место неразборчивость в связях [MDG]. Синоним: групповое правонарушение.

Расстройства поведения и эмоций смешанные (МКБ 312.3) – расстройства, включающие виды поведения, перечисленные в категориях **расстройств поведения с нарушением и без нарушения общественных норм**, при которых имеют место также выраженные эмоциональные расстройства (**тревога**, подавленное или **навязчивое** состояние) [MDG]. Синоним: невротическое правонарушение.

Расстройство развития смешанное (МКБ 315.5) – задержка в развитии какой-либо определенной способности (например, чтения, арифметических действий, речи или координации), связанные с менее серьезными задержками развития других навыков. Смешанную категорию следует использовать только в том случае, когда нет доминирующего поражения какого-либо одного навыка [MDG].

Расстройство эмоций, специфическое для детского и подросткового возраста, с повышенной чувствительностью, робостью и аутизмом (МКБ 313.2) – эмоциональные расстройства детского возраста, при которых основными симптомами являются повышенная чувствительность, робость или **социальная изоляция (аутизм)**. В некоторых случаях сюда может быть включен **элективный мутизм** [MDG]. Синоним: реакция замкнутости в детском и подростковом возрасте.

Расстройство эмоций, специфическое для детского и подросткового возраста, сопровождающееся тревогой и страхом (МКБ 313.0) – неточно обозначенное эмоциональное расстройство, характерное для детского возраста, при котором основными симптомами являются **тревога и страх**. Сюда могут быть включены многие случаи отказа учиться в школе и **избирательный мутизм** [MDG]. Синоним: гипертревожная реакция детского и подросткового возраста.

Реактивная спутанность сознания (МКБ 298.2) – психические расстройства, для которых характерны **помрачение сознания, дезориентировка** (хотя и менее выраженная, чем при органической спутанности) и снижение способности больного понимать обращенную к нему речь, часто сопровождаемое чрезмерной активностью, и которые явно спровоцированы эмоциональным стрессом [MDG]. Синонимы: психогенная спутанность, психогенное состояние сумеречного сознания.

Реакция, связанная с горем (МКБ 309.0) – ответна утрату близкого человека, обычно развивающийся после фазы шока и потрясения, проходит фазу депрессивной сосредоточенности мыслей на умершем и постепенно завершается периодом разрешения.

Последовательность развития фаз реакции различна; эта реакция может перерасти в настоящее депрессивное заболевание.

Синонимы: реакция на утрату; кратковременная депрессивная реакция, связанная с утратой близкого человека; неосложненная реакция на утрату.

Садизм (МКБ 302.8) (по имени маркиза де Сад, 1740—1814) – ощущение сексуального возбуждения и удовлетворения, достигаемое от причиняемой партнеру боли или его унижения.

Сексуальные отклонения и расстройства (МКБ 302) – патологические сексуальные наклонности или поведение, в числе прочих характеризующие состояние индивида. Пределы и характеристики нормальных сексуальных проявлений и поведения точно не установлены в различных обществах и культурах, но в широком смысле считаются нормальными, если отвечают принятым социальным и биологическим целям. Сексуальная активность лиц с половыми извращениями направлена главным образом на половые акты, в норме не ассоциируемые с совокуплением, или на совершение сношений в аномальных условиях. Если такое аномальное поведение становится очевидным только во время психоза или другой психической болезни, это состояние следует рассматривать как вторичное. Обычно у одного и того же субъекта имеется несколько форм половых извращений. Не рекомендуется включать в эту категорию лиц, которые совершают девиантные сексуальные акты в условиях, когда нормальный половой акт не может быть осуществлен [MDG]. **Сенситивный бред отношения (МКБ 297.8)** – определенная форма нешизофренического **параноидного психоза** с болезненными идеями отношения, возникающими на почве интровертированной сенситивной характерной структуры с плохо развитой способностью к разрядке аффекта и напряжения. Психоз обычно наступает после серьезных переживаний, включающих унижение и оскорбление самолюбия. Нарушения личности обычно не наступает, и прогноз благоприятный. Примечание. Концепция введена Кречмером (1888—1964) как "sensitiver Beziehungswahn".

Сердечный невроз (МКБ 306.2) (не рекомендуется) – группа сердечно-сосудистых симптомов, часто ассоциируемых с дисфункцией других физиологических систем, представляющих собой вегетативные проявления состояния **тревоги**. Типичны жалобы на сердцебиение, загрудинные боли, одышку, головокружение при попытках изменить положение тела, покраснение лица, потливость и усталость; эти жалобы могут маскировать лежащую в их основе тревогу и приступы **паники**. Примечание. Синдром впервые описан во время военных кампаний в 19-м веке и начале нынешнего и известен под разными названиями, например "раздражимое сердце" (Дакоста, 1871), "синдром усилия" (Лсвис, 1917) и нейроциркуляторная астенция (Оппенгеймер, 1918). Синонимы (не рекомендуемые): кардиоваскулярный невроз; синдром Дакоста; фобия усилия; синдром усилия; раздражимое сердце, нейроциркуляторная астенция; солдатское сердце.

Симптоматический психоз (МКБ 293) – психотическое состояние, вызванное соматическими причинами, обычно непродолжительное, сопровождающее инфекционные, системные, внутренние и эндокринные заболевания, а также беременность и послеродовой период. Клинические проявления чаще всего включают **помрачение сознания**, дисмнестическое состояние, **депрессию или психомоторное возбуждение**, хотя описаны также синдромы, сильно напоминающие "функциональные" психозы. Причинными факторами могут быть метаболические или токсические нарушения, а также конституциональная предрасположенность. В МКБ-9 используется добавочный код для идентификации связанного физического или неврологического заболевания. Синоним: транзиторное органическое психотическое состояние.

Синдром абстиненции при наркомании (МКБ 292.0) – состояния, связанные с прекращением приема препарата, степень тяжести которых колеблется от тяжелых, как указано для алкогольной абстиненции (белая горячка), до менее тяжелых,

характеризующихся одним или более симптомами, такими, как судороги, **тревога**, беспокойство, жалобы на нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и мышечной системы, а также легкая **дезориентировка** с нарушениями памяти. Синоним: абстинентный синдром.

Синдром алкогольной абстиненции (МКБ 291.8) – комплекс симптомов от похмелья до **белой горячки**, часто проявляющийся в тяжелых формах, когда прием алкоголя прекращается после, продолжительного употребления, или иногда начинающийся, когда концентрация алкоголя в крови снижается во время приема алкоголя; иногда проявляется в легкой форме после кратковременного тяжелого запоя или однократного приема большого количества алкоголя. Симптомы могут включать дрожание, психомоторную и вегетативную гиперреактивность, желудочные нарушения, головную боль, лихорадку, потливость, гипертензию, гиперрефлексию, нистагм, припадки и **галлюцинации** [ARD]. Синоним: абстинентный синдром.

Синдром алкогольной зависимости (МКБ 303) – состояние, являющееся результатом употребления алкоголя и характеризующееся поведенческими и другими реакциями, которые всегда включают навязчивое побуждение употреблять алкоголь постоянно или периодически, что бы ощутить его воздействие на психику или иногда чтобы избежать дискомфорта из-за его отсутствия; повышенная толерантность бывает не всегда. У индивида может обнаруживаться зависимость от алкоголя и других средств [AADG]. Такая зависимость может ассоциироваться с **алкогольным психозом** или с соматическими осложнениями. Синонимы: алкоголизм; хронический алкоголизм (оба этих термина не рекомендуются).

Синдром Ганзера (МКБ 300.1) – форма псевдодеменции с кардинальным симптомом в виде "приблизительных ответов" или "разговора не по существу". Сопутствующие симптомы: нарушение сознания, галлюцинации и дефекты памяти. Синдром первоначально (1898 г.) расценивали как проявление **истерии** в некоторых случаях, особенно при наличии судебных ситуаций; его развитию могут способствовать остро разрешающиеся эмоциональные нарушения и истерические стигмы с последующей амнезией в отношении: имевшего места эпизода. Однако оба функциональных эпизода и органическое заболевание мозга могут сопровождаться синдромом Ганзера, который в действительности чаще проявляется в психиатрических больницах, чем в тюрьмах.

Синдром Дауна (МКБ 758.0) – патология аутосомальной хромосомы, проявляющаяся умственной отсталостью и характерными внешними особенностями. В большинстве случаев аномалия представляет собой трисомию по хромосоме G-группы; могут также обнаруживаться D/G -транслокация, G/G-транслокация или мозаицизм. Частота случаев синдрома Дауна, по оценке, составляет примерно 1 на 550 живорожденных, причем этот показатель выше среди детей, рожденных немолодыми женщинами. Степень умственной отсталости различна, но уровень интеллектуальных способностей (IQ) по стандартным тестам редко превышает 70. Внешние признаки включают характерное ("монголоидное") лицо с косо расположенными глазными щелями; отмечаются также единственная ладонная складка, большой растрескавшийся язык, гипотония, задержка роста и врожденные пороки сердечной и желудочно-кишечной системы. Состояние впервые описано Джоном Лангдоном Хейдом Дауном (1826—1896). Синонимы: монголизм (не рекомендуется); болезнь Лангдона Дауна (не рекомендуется); аутосомная трисомия G; врожденная акромикрия (не рекомендуется); трисомия 21.

Синдром Жилья де ла Туретта (МКБ 307.2) – редкое расстройство, встречающееся у лиц с любым уровнем интеллекта, при котором **тики** и тикоподобные гортанные звуки становятся более выраженными и генерализованными и позже целые слова или короткие предложения (часто непристойного содержания) вырываются судорожно и произвольно. Наблюдается частичное совпадение с другими видами тика [MDG]. Синоним: синдром Туретта.

Синдром лобной доли (МКБ 310.0) – изменения в поведении, обусловленные повреждением лобных долей головного мозга или нарушением проекционных связей этих областей. Обычно наблюдается снижение самоконтроля, предвидения, творческой активности и спонтанных действий, которые могут проявляться повышенной **раздражительностью**, эгоизмом и отсутствием заботы об окружающих. Сознание и способность к концентрации внимания также часто снижены, но явное нарушение интеллекта и памяти имеет место не всегда. Общая картина характеризуется эмоциональной уплощенностью, отсутствием побуждений и заторможенностью. У лиц, ранее отличавшихся энергичным, беспокойным или агрессивным характером, могут развиваться изменения в сторону **импульсивности**, грубости, эмоциональных срывов, примитивного юмора и появления необоснованных амбиций. Направление изменений обычно зависит от характера личности до заболевания. Возможно значительное улучшение состояния, которое может продолжаться в течение нескольких лет [MDG]. Синонимы: синдром лоботомии (не рекомендуется); постлейкотомный синдром (не рекомендуется).

Синдром предменструального напряжения (МКБ 625.4) – группа соматических и психологических симптомов, которые обычно в различных состояниях наблюдаются у женщин во второй, лютеиновой фазе менструального цикла и продолжаются в течение первых 11-12 дней цикла. Наиболее типичными симптомами является напряжение, **раздражительность**, **депрессия**, болезненность молочных желез, отеки и боли в пояснице. Связь между состоянием психического здоровья и гормональными расстройствами, свойственными этому синдрому, остается неясной. См. также психогенная дисменорея.

Скотоложство (МКБ 302.1) – половые сношения с животными.

Скрежетание зубами (МКБ 306.8) – привычное сжимание зубов и скрежетание ими, не связанное с жеванием и появляющееся во сне или в состоянии бодрствования. Субъект обычно не осведомлен об имеющемся симптоме. Причины этого состояния различны, но обычно признается роль фактора высвобождения эмоционального напряжения за счет мышечных сокращений. Синоним: бруксизм.

Слабоумие (деменция) (МКБ 290, 294) – синдром, обычно хронический или прогрессирующий, характеризующийся нарушениями **ориентировки**, памяти, понимания, счета, **способности к обучению** и расстройством критики и связанный с органическим поражением функции головного мозга [MDG].

Слабоумие (moron) (МКБ 317) (не рекомендуется) – термин, используемый в Северной Америке для обозначения слабоумия у взрослых, умственное развитие которых соответствует развитию детей в возрасте от 84 до 143 мес, с уровнем IQ50—74. Примечание. В других странах и на других языках соответствующие термины являются производными от латинского слова "debilitas".

Слабоумие артериосклеротическое (МКБ 290.4) слабоумие, объясняемое (на основе органических симптомов, выявляемых при исследовании центральной нервной системы) дегенеративным поражением артерий головного мозга. Типичными являются симптомы, указывающие на очаговое поражение мозга; может иметь место флюктуирующий или частичный интеллектуальный **дефект** с достаточной самооценкой. Течение, как правило, интермиттирующее. Клинически дифференцировать от **старческого или предстарческого слабоумия** (которое может сопутствовать) очень трудно или даже невозможно [MDG]. Синонимы: множественная очаговая некротическая деменция; сосудистая деменция.

Слабоумие предстарческое (МКБ 290.1) – слабоумие, развивающееся обычно в возрасте до 65 лет у лиц, страдающих относительно редкими формами диффузной или очаговой атрофии мозга (болезнь Альцгеймера или болезнь Пика) (MDG). Клинические проявления и течение не отличаются от таковых при старческом слабоумии. Синонимы: мозговой синдром с пресенильным поражением мозга (не рекомендуется);

ограниченная атрофия мозга (не рекомендуется); первичная дегенеративная деменция, пресенильное начало; пресенильная деменция, тип Альцгеймера/Пика.

Слабоумие старческое, депрессивный или параноидный тип (МКБ 290.2) – тип старческого слабоумия, развивающийся в преклонном возрасте; течение прогрессирующее. Наблюдаются различные бредовые идеи и галлюцинации (параноидного, депрессивного и соматического содержания). Характерными особенностями являются также нарушения цикла сна и бодрствования, постоянные мысли об умерших людях [MDG]. Синонимы: первичная дегенеративная деменция, сенильное начало, с депрессией и бредом; сенильная деменция альцгеймеровского типа с депрессией и бредом.

Слабоумие старческое, простой тип (МКБ 290.0) – деменция, обычно возникающая у лиц старше 65 лет, при которой церебральная патология отличается от старческих атрофических изменений. **Болезнь Альцгеймера** или другие редкие формы церебральной атрофии можно вполне обоснованно исключить [MDG]. Течение прогрессирующее, без ремиссий; средняя продолжительность заболевания примерно 7 лет. В начальной стадии клиническая картина характеризуется нарушениями памяти и пространственной ориентировки, а также либо выраженным снижением спонтанной активности, либо бесцельной гиперактивностью; позднее развиваются гипертонические и атонические моторные нарушения, а также очаговые симптомы, в частности агнозия, афазия, логоклония и апраксия, приводящие к глубокой деменции. Синонимы: первичная дегенеративная деменция, сенильное начало, неосложненная; сенильная деменция простая альцгеймеровского типа.

Слабоумие старческое с острым состоянием спутанности (МКБ 290.3) – старческое слабоумие с наложившимся обратимым эпизодом **острого состояния спутанности**. Синонимы: первичная дегенеративная деменция, сенильное начало с делирием; сенильная деменция альцгеймеровского типа (с делирием).

Снохождение (МКБ 307.4) – состояние автоматизма, появляющееся во время нормального сна, чаще всего в детстве, и иногда связанное с эмоциональными расстройствами. Эпизоды снохождения обычно повторяются и характеризуются бесцельными движениями при суженном состоянии сознания и критики, что может приводить к самоповреждению; впоследствии имеет место полная **амнезия** на эти события. Снохождение обычно наблюдается во время 3-й или 4-й стадии сна, но не во время фазы быстрых движений глаз. Синоним: сомнамбулизм.

Состояние спутанности сознания острое (МКБ 293.0) – кратковременное преходящее психотическое состояние, продолжающееся несколько часов или дней [MDG]. Если состояние не уточнено как "реактивная" спутанность сознания, термин относится к органическим состояниям (например, делирий или сумеречное состояние). Синонимы: острый психоорганический синдром; острая органическая реакция (не рекомендуется).

Состояние спутанности сознания подострое (МКБ 293.1) – преходящее органическое психотическое состояние, при котором симптомы обычно менее выражены, чем при острой форме, продолжающееся в течение нескольких недель или дольше. Интенсивность симптомов в это время может значительно изменяться [MDG]. Синонимы: аменция (не рекомендуется); подострый делирий; подострый психоорганический синдром.

Состояние эпилептического сумеречного сознания (МКБ 293.0) – кратковременное психотическое нарушение, появляющееся во время или после эпилептического припадка, обычно начинающегося в височной доле и характеризующееся снижением уровня бодрствования и **сужением сознания**, в результате чего имеет место "туманное" и "размытое" восприятие окружающей обстановки. Такие состояния могут быть классифицированы как промежуточные между состояниями спутанности, в которых

нарушение сознания более полное, и дремотными состояниями, в которых преобладают фантазии [DE]. См. также спутанность, снопоподобные состояния.

Стереотипные повторяющиеся движения (МКБ 307.3) – расстройства, при которых основным симптомом являются произвольные, повторяющиеся стереотипные движения, не связанные с нервными или психическими заболеваниями. Сюда включают кивание головой, кивательный спазм, пощелкивание пальцами и подмаргивание. Такие движения особенно часто наблюдаются в случаях **умственной отсталости**, если больной страдает сенсорными нарушениями или находится в монотонной окружающей обстановке [MDG].

Тики (МКБ 307.2) – нарушения неизвестной органической природы, при которых основным симптомом являются быстрые, произвольные, явно не целенаправленные и часто повторяющиеся движения, не связанные с каким-либо неврологическим заболеванием. Может быть вовлечена любая часть тела, но чаще всего наблюдаются тики мышц лица. Может наблюдаться какая-нибудь одна форма тика или иметь место их сочетание, при котором тики возникают одновременно, чередуясь или последовательно. См. также синдром Жиля де ла Туретта.

Тревожная истерия (МКБ 300.2) (не рекомендуется) – психоаналитическая концепция, введенная Фрейдом для описания формы истерии, в которой тревога проявляется как **фобическое состояние**. Этот термин применяется также для состояний, характеризующихся сочетанием тревоги и **конверсивных** симптомов.

Тревожные состояния (МКБ 300.0) – различные сочетания соматических и психических признаков **тревоги** при отсутствии реальной опасности, проявляющиеся приступообразно или постоянно. Тревога обычно диффузная и может достигать степени паники. Могут иметь место другие невротические проявления, например симптомы навязчивости или истерии, однако они не доминируют в клинической картине. Синонимы: невроз тревоги, тревожная реакция.

Трудности обучения специфические, отличающиеся от задержки в области чтения и арифметического счета (МКБ 315.2) – расстройства, при которых основной характеристикой является выраженное нарушение развития различных навыков обучения, кроме чтения и арифметики, которые нельзя объяснить общей задержкой интеллектуального развития или неадекватным обучением [MDG].

Умственная отсталость (общая) (МКБ 317, 319) – состояние ограниченного или неполного развития мозга, умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением интеллекта. Оценка уровня интеллекта должна основываться на имеющейся информации, включая клинические данные, адаптивное поведение и результаты психометрического исследования. Умственная отсталость часто сопровождается психическими расстройствами и нередко может развиваться в результате соматического заболевания или травмы. Синонимы: аменция (не рекомендуется); умственная недостаточность; умственная субнормальность; олигофрения.

Умственная отсталость легкой степени (МКБ 317) – умственная отсталость, соответствующая уровню IQ 50—70. Субъекты с этим уровнем субнормальности способны научиться и обычно приобретают достаточные инструментальные и профессиональные навыки, позволяющие им приспособиться к повседневной жизни с минимальными нарушениями. Синонимы: легкая умственная субнормальность; умственная неполноценность (не рекомендуется); дебильность; слабоумие (не рекомендуется).

Умственная отсталость умеренная (МКБ 318.2) – умственная отсталость, соответствующая уровню IQ 35—49. Субъекты с этим уровнем отсталости могут приобрести основные речевые навыки и научиться элементарному самообслуживанию, выполнению простых работ под руководством и наблюдением. Синоним: имбецильность (не рекомендуется).

Умственная отсталость тяжелая (МКБ 318.1) – умственная отсталость с уровнем IQ 20—34. У таких субъектов обычно имеют место нарушения чувствительного и двигательного развития, и они осваивают лишь рудименты речи. С трудом поддаются обучению элементарным навыкам самообслуживания и требуют постоянной помощи и наблюдения.

Умственная отсталость глубокая (МКБ 318.2) – умственная отсталость с уровнем IQ ниже 20. Обычно имеют место тяжелые двигательные и чувствительные нарушения; субъект не может говорить. В повседневной жизни такие лица требуют постоянной помощи и наблюдения. Синоним: идиотия (не рекомендуется).

Фенимизм у мальчиков (МКБ 302.6) – принятие мальчиками предподросткового возраста внешности, одежды и поведения, типичных для девочек. Женоподобное поведение может иметь место у мальчиков и в более раннем возрасте, что позволяет предположить развитие гомосексуальности в дальнейшем.

Фетишизм (МКБ 302.8) – состояние, при котором эротическая реакция активации связана с неодушевленными предметами, такими, как одежда, обувь, духи или части тела (например, волосы, ноги) в большей степени, чем с сексуальными сношениями, или заменяет их.

Фобическое состояние (МКБ 300.2) – невротическое расстройство, характеризующееся патологически сильным страхом определенных предметов или ситуаций, которые в норме подобных ощущений не вызывают. Если **тревога**, связанная с определенными ситуациями или предметами, распространяется на более широкий круг предметов и обстоятельств, она становится сродни или идентичной состоянию тревоги и должна классифицироваться как таковая [MDG]. См. также тревожные состояния. Синонимы: невроз страха; фобическое расстройство.

Циклотимия (МКБ 301.1) – термин, введенный Кальбаумом, для обозначения более легких форм депрессии и приподнятого настроения, рассматриваемых как фазы одного заболевания – маниакально-депрессивного состояния. Его дополнительная форма, циклотимическая, относится к **расстройствам личности**, характеризующимся аффективными расстройствами. См. также расстройство личности с аффективными нарушениями. Синоним: маниакально-депрессивная болезнь.

Шизофренические психозы (МКБ 295) – группа психозов, при которых имеют место глубокое расстройство личности, характерное искажение мышления, часто чувство воздействия посторонних сил, **бред**, часто причудливого содержания, нарушение восприятия, патологические аффекты, неадекватные реальной ситуации, и **аутизм**. Тем не менее обычно сохраняются ясное **сознание** и интеллектуальные способности. Расстройство личности затрагивает наиболее существенные ее функции, которые обеспечивают здоровому человеку сознание его индивидуальности, уникальности и собственного жизненного направления. Часто больному кажется, что самые интимные мысли, чувства и действия известны другим людям или разделяются ими; при этом могут развиваться бредовые интерпретации, создающие у больного представление о том, что естественные или сверхъестественные силы влияют на его мысли и поступки больного шизофренией способами, которые часто являются причудливыми. Больной может чувствовать себя центром всех происходящих событий. Типичны галлюцинации, особенно слуховые, которые могут комментировать действия больного или быть адресованы ему. Восприятие часто нарушено и в других планах; может наблюдаться растерянность, несущественные события приобретают особую значимость и в сочетании с эмоциональной пассивностью это может заставить больного верить в то, что обыкновенные предметы и повседневные ситуации имеют специально для него предназначенный, обычно зловещий смысл. При характерном для шизофрении расстройстве мышления второстепенные и несущественные элементы происходящего, которые в норме тормозятся, выступают на первый план и занимают место действительно значимых элементов и ситуаций. Таким образом, мышление становится туманным,

расплывчатым, из него ускользают важные детали, а его речевое выражение становится иногда непонятным. Часто наблюдаются перерывы и вставки в последовательном мыслительном процессе, и у больного может сложиться убеждение, что его мысли извлекаются в результате какого-то постороннего воздействия. Настроение может быть неустойчивым, капризным или нелепым. Амбивалентность и нарушение воли могут проявляться в виде инертности, **негативизма** или **ступора**. Иногда имеет место **кататония**. Диагноз "шизофрения" не следует ставить, если не наблюдается или не становится очевидным во время болезни характерное расстройство мышления, восприятия, настроения, поведения или личности (по меньшей мере в двух из этих сфер психики). Диагноз не должен ограничиваться состояниями, имеющими длительное, ухудшающееся или хроническое течение [MDG]. **Синонимы:** шизофрения; шизофренические расстройства.

Шизофренический психоз, гебефренический тип (МКБ 295.1) – форма **шизофрении**, наиболее характерной особенностью которой являются аффективные изменения. **Бред** и **галлюцинации** преходящи и фрагментарны, поведение нелепо и непредсказуемо, обычно **вычурно**. **Настроение** изменчивое и неадекватное, сопровождается ужимками или самодовольными, самопоглощенными улыбками, величественными позами, гримасами, манерностью, дурашливостью, ипохондрическими жалобами и однообразными фразами. Мышление дезорганизовано, имеется тенденция к одиночеству; поведение выглядит бесцельным и лишенным чувств. Эта форма шизофрении обычно начинается у лиц в возрасте 15-25 лет. **Синонимы:** гебефреническая шизофрения, гебефрения.

Шизофренический психоз, кататонический тип (МКБ 295.2) – включает как существенную особенность выраженные **психомоторные расстройства**, часто в виде чередующихся нарушений полярного характера, таких, как гиперкинез и **ступор**, или **автоматическое подчинение** и **негативизм**. Скованные позы могут сохраняться в течение длительного времени; если конечностям больного придать какое-либо неестественное положение, они могут сохранять его в течение некоторого времени после устранения внешней силы. Примечательной особенностью этого состояния может быть выраженное возбуждение; могут иметь место депрессивные или гипоманиакальные проявления [MDG]. **Синоним:** кататоническая шизофрения.

Шизофренический психоз, параноидный тип (МКБ 295.3) –форма шизофрении, при которой в клинической картине доминируют относительно устойчивые **бредовые идеи**, сопровождающиеся **галлюцинациями**. Обычно наблюдается бред преследования, но могут иметь место и другие формы бреда (например, бред ревности, высокого происхождения, мессианства или изменения тела). Могут быть галлюцинации и неустойчивое поведение; в некоторых случаях с самого начала наблюдается выраженное расстройство поведения; могут иметь место тяжелые нарушения мышления и аффективное уплощение с фрагментарным бредом и галлюцинациями [MDG]. **Синоним:** параноидная шизофрения.

Шизофренический психоз, простой тип (МКБ 295.0) (не рекомендуется) – психоз, при котором имеет место постепенное развитие странностей в поведении, неспособности удовлетворять требованиям общества и снижение всех видов деятельности. **Бред** и **галлюцинации** появляются не всегда и психотическое состояние не столь очевидно по сравнению с **гебефреническим, кататоническим и параноидным** типом шизофрении. При нарастании социальной дезадаптации может появиться бродяжничество; больной становится аутичным и бездеятельным, его поведение лишено цели [MDG]. **Синоним:** простая шизофрения.

Шизофренический психоз, шизоаффективный тип (МКБ 295.7) –психоз, при котором выраженные **маниакальные** или **депрессивные** признаки сочетаются с шизофренической симптоматикой; он имеет тенденцию к ремиссиям без стойкого дефекта, но склонен к рецидивированию. Этот диагноз следует ставить только в том

случае, если явно выражены и аффективные, и шизофренические симптомы [MDG].
Синонимы: циклическая шизофрения; периодическая шизофрения; смешанный шизофренический и аффективный психоз; шизоаффективный психоз; шизофреноформный психоз; аффективный тип.

Шизофренический эпизод острый (МКБ 295.4) – шизофренические расстройства, при которых имеет место **сноподобное состояние** с легким **помрачением сознания и растерянностью**. Внешние объекты, люди и события могут быть наделены для больного личной значимостью. Могут иметь место идеи отношения и эмоциональное смещение. Во многих таких случаях ремиссия наступает через несколько недель или месяцев даже без лечения [MDG]. См. также bouffeedelirante и онейрофрения. Синоним: острый шизофреноформный психоз.

Шизофреноформный психоз (МКБ 295.4; 295.7; 295.9; 298.8) – группа расстройств с некоторыми **шизофреническими** особенностями и относительно доброкачественным течением. Обычно шизофренические симптомы являются скорее дополнительными, а не основными (как их понимал Блейлер), и в клинической картине часто доминируют **бред, галлюцинации** и нарушения либо **сознания** (форма со **спутанностью**), либо аффекта (**аффективный тип**). Начало этого психоза обычно острое, течение непродолжительное. Термин введен Лангфельдтом в 1939 г. Выделение этой формы признается не всеми специалистами. В DSM-III шизофреноформный психоз расценивается как просто шизофрения, продолжительность которой колеблется от более чем 2 нед, но не превышает 6 мес.

Шизофрения атипичная (МКБ 295.8) – группа состояний с разнообразной, характерной для шизофрении симптоматологией, приступообразным течением с ремиссиями и наследственной отягощенностью. Согласно Леонгарду, атипичная, или несистематическая, шизофрения может быть подразделена на три группы: парафрения с выраженными аффективными расстройствами, шизофазия и периодическая кататония. Нозологический статус этих заболеваний остается неизвестным. Примечание. Данная концепция введена Клейстом (1879—1960).

Шизофрения детская (МКБ 299.9) – шизофренический **психоз** с началом в предпубертальном или детском возрасте (но крайне редко у детей моложе 7 лет), чаще наблюдающийся у мальчиков, при котором обычно присутствуют все важнейшие признаки заболевания, наблюдаемые у взрослых. В течение длительного времени термин "детская шизофрения" используется как собирательный термин для классификации любых психотических расстройств, развивающихся в детском возрасте; очевидно, что использование этого термина должно быть ограничено.

Шизофрения латентная (МКБ 295.5) (не рекомендуется) – термин, введенный Блейлером в 1911 г. для обозначения группы патологических особенностей личности, которые, по его мнению, обусловлены шизофреническим процессом, хотя фактов, подтверждающих это, нет. Близкими к этой форме считаются "пограничная" шизофрения и "шизотипичное" расстройство личности. Как указано в МКБ-9, термин не рекомендуется для широкого применения, но его описание приводится для тех, кто считает его полезным: "Это состояние эксцентричного или непоследовательного поведения и аномалий аффекта, создающих впечатление заболевания шизофренией, хотя оно не сопровождалось в прошлом и не сопровождается в настоящем характерными для шизофрении признаками [MDG]. Синонимы: пограничная шизофрения; псевдоневротическая шизофрения; псевдопсихопатическая шизофрения; шизотипичное расстройство личности; скрытая шизофрения.

Шизофрения остаточная (МКБ 295.6) – хроническая форма шизофрении, при которой симптомы, оставшиеся после острой фазы, в основном потеряли свою остроту. Эмоциональная реакция уплощена, а нарушение мышления, даже значительное, не препятствует выполнению обычной работы [MDG]. Синонимы: хроническая

недифференцированная шизофрения; Restru-stand (шизофренический); резидуальное шизофреническое состояние; дефектное состояние при шизофрении.

Шизофрения парафреническая (МКБ 295.3) – термин, иногда применяемый к **параноидной** шизофрении, начавшейся довольно поздно, в клинической картине которой преобладает **систематизированный** экспансивный или фантастический бред. По классификации Леонгарда, **парафрения** является предпочтительным термином для всех параноидных форм шизофренического психоза, относящихся к группе "систематизированных" расстройств.

Шизофрения предпсихотическая (МКБ 295.5) – фаза, предшествующая началу шизофрении, при которой у больного наблюдаются отклонения от преморбидного состояния без характерных симптомов шизофрении. Синоним: продромальная шизофрения.

Шизофрения сенестопатическая (МКБ 295.8) (не рекомендуется) – хроническое состояние, наблюдающееся при общем соматическом заболевании и характеризующееся патологическими ощущениями в различных частях тела, которые не могут быть объяснены каким-либо болезненным процессом. Когда сенестопатия представляет собой проявление шизофрении, имеет место ее бредовая трактовка. Термин введен в 1907 г. Дюпре (1862—1921). В настоящее время сенестопатическая шизофрения не выделяется в самостоятельную нозологическую единицу и широкое использование этого термина не рекомендуется.

Элективный (избирательный) мутизм (МКБ 309.8) – состояние, обнаруживаемое у детей, которые могут говорить и понимать речь, но несмотря на это, молчат в присутствии определенных людей и в некоторых ситуациях, обычно связанных со школой. В большинстве случаев любые связанные с этим патологические проявления лежат в сфере темперамента и эмоций, но некоторые из детей страдают также расстройствами речи, языка или того и другого. Примечание. Термин введен Трамером в 1934 г.

Энкопрез (МКБ 307.7) – расстройство, чаще наблюдающееся у детей, при которой основным признаком является стойкое произвольное или непроизвольное охождение каловых масс нормальной или почти нормальной консистенции в местах, не предназначенных для этой цели. Иногда ребенку не удается контролировать деятельность кишечника, иногда он приобретает этот навык, но затем вновь теряет его. Может наблюдаться ряд сопутствующих симптомов, характерных для психических расстройств; иногда ребенок может иач каться каловыми массами. Этот диагноз обычно не ставится, пока ребенку не исполнится 4 года [MDG].

Энцефалопатия Вернике (МКБ 291.1) – острый или подострый синдром, при котором отмечается **спутанность сознания**, офтальмоплегия и атаксия. Эти симптомы могут наблюдаться в различных сочетаниях или развиваться одновременно с продромальной анорексией, тошнотой и рвотой, периферической нейропатией, недостаточностью питания, летаргией, гипотензией, расстройствами памяти, **делирием** и эмоциональными нарушениями. Патоморфологические изменения включают билатеральный симметричный некроз нервных клеток, глиоз, демиелинизацию, пролиферацию эндотелия и петехиальные геморрагии преимущественно в области третьего и четвертого желудочков и Водопровода мозга, а также в области сосцевидных тел, свода мозга и гипоталамуса. Этот синдром развивается в результате недостатка тиамина и наблюдается при различных заболеваниях, особенно при **хронической алкогольной зависимости**, но может быть также при язве и раке желудка, пернициозной анемии, неполноценном питании, упорной рвоте и беременности. Он тесно связан с бери-бери и **корсаковским синдромом**. При своевременном введении тиамина прогноз благоприятный, но в тяжелых случаях даже после лечения сохраняются резидуальные дефекты. Это заболевание впервые описано в 1881 г. Вернике (1848—1905). См. также корсаковский психоз. Синонимы: болезнь Вернике; верхний геморрагический

полиэнцефалит; синдром Гайе-Вернике; интоксикация грудным молоком (не рекомендуется); алкогольная энцефалопатия; церебральная форма бери-бери.

Энурез (МКБ 307.6) – расстройство, чаще всего наблюдающееся у детей, при котором имеет место стойкое непроизвольное мочеиспускание днем или ночью, являющееся патологическим состоянием для индивида такого возраста. Иногда ребенку не удается контролировать деятельность мочевого пузыря, в других случаях он приобретает этот навык, а затем снова его теряет. К этой рубрике следует относить эпизодический или флюктуирующий энурез. Этот диагноз обычно не ставится, пока ребенку не исполнится 4 года [MDG].

Эпилептический психоз острый (МКБ 294.8) – термин, описывающий острые психотические проявления, которые обычно продолжаются от нескольких дней до нескольких недель, развиваясь у больного эпилепсией независимо от припадков и от иктальных или постиктальных **состояний спутанности сознания**. Эти проявления, которые обычно принимают форму **острой параноидной реакции**, встречаются чаще всего у лиц с припадками височной эпилепсии обычно во время спонтанных периодов ремиссии или ремиссий, обусловленных приемом противосудорожных препаратов. Они часто сопровождаются исчезновением разрядов на интериктальной электроэнцефалограмме (ЭЭГ) ("вынужденная нормализация"). Тот факт, что психотические проявления необязательно связаны с припадками и появляются только у некоторых больных эпилепсией, указывает на невозможность демонстрации четкой связи, предполагаемой термином "острый эпилептический психоз". Предпочтение, таким образом, следует отдавать выражению "острый психотический эпизод у больного эпилепсией" или "острый психоз у больного эпилепсией". Примечание. В МКБ-9 эпилептический психоз без дополнительных уточнений включен в рубрику 294.8 (Другие состояния, которые удовлетворяют критерию органического психоза, но не принимают форму спутанности сознания, неалкогольного корсаковского психоза или слабоумия). При этом невозможно провести разграничение между острыми и хроническими формами.

Эпилептический психоз хронический (МКБ 294.8) – хронический, **галлюцинаторный** параноидный психоз, встречающийся у лиц, страдающих эпилепсией, особенно височной эпилепсией. Он нередко характеризуется **бредом** религиозного или мистического содержания и чаще обнаруживается у лиц, у которых припадки исчезли спонтанно или в результате лечения. Хронический эпилептический психоз встречается редко, и его трудно отличить от "функционального" параноидного психоза, хотя у больного эпилепсией иногда хорошо сохраняются разнообразные аффекты и социальная интеграция. Связь между эпилепсией и хроническим психозом сложна и до сих пор точно не выяснена. С одной стороны, психотические явления прямо связаны с височной эпилепсией, вероятно, доминантного полушария, их появление находится в обратной зависимости от наличия и частоты припадков височной эпилепсии, их развитие не связано с поражением головного мозга. Все эти факты свидетельствуют в пользу эпилептической природы психотических проявлений. С другой стороны, целесообразнее использовать выражение "хронический психоз у эпилептической личности", поскольку многочисленные факторы - органический, психологический (воспоминания о событиях прошлой жизни во время некоторых припадков), социологический (неприятие обществом, низкий общественный статус больного эпилепсией) и фармакологический (длительная противосудорожная терапия, ведущая к нарушению обмена фолиевой кислоты) – могут играть роль в развитии психозов, наблюдающихся у больных эпилепсией. См. также примечание, относящееся к рубрике "Эпилептический психоз острый".

Эпилептическое слабоумие (МКБ 294.1) (не рекомендуется) – некорректный термин, ранее использовавшийся для описания состояния слабоумия вторичную по отношению к повторным эпилептическим припадкам. Поскольку слабоумие связано скорее не с повторяющимися эпилептическими припадками, а с сопутствующей

прогрессирующей энцефалопатией, этот термин следует заменить термином "слабоумие при эпилепсии" [DF]. Синоним: эпилептический психоз (не рекомендуется).

1.4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков

Основными функциями процедуры оценивания являются: ориентация образовательного процесса на достижение планируемых результатов освоения основной образовательной программы высшего образования и обеспечение эффективной обратной связи, позволяющей осуществлять управление образовательным процессом.

При проведении аттестации студентов важно помнить, что систематичность, объективность, аргументированность – главные принципы, на которых основаны контроль и оценка знаний, умений, навыков студентов. Проверка, контроль и оценка знаний, умений, навыков студента, требуют учета его индивидуального стиля в осуществлении учебной деятельности. Знание критериев оценки знаний обязательно для преподавателя и студента.

Критерии, формы и процедуры оценивания должны быть одинаково понятны всем обучающимся. Студенты должны быть заранее информированы о том, какие их образовательные результаты будут оцениваться, и в какой форме будет проходить оценивание. Оценивание должно быть своевременным. Оценивание должно быть эффективным.

Процедура оценки включает: использование персонифицированных процедур аттестации обучающихся и неперсонифицированных процедур оценки состояния и тенденций развития системы образования;

Система оценки результатов и качества образования включает в себя следующие оценочные процедуры: оценку стартовых возможностей обучающегося (входных знаний для изучения дисциплины); оценку индивидуального прогресса обучающегося в ходе непосредственного образовательного процесса (изучения дисциплины); оценку промежуточных результатов обучения по дисциплине.

Для того чтобы процедура оценивания стимулировала достижение образовательного результата (приобретение компетенции), преподаватель должен:

–определять цели обучения, образовательные результаты темы, раздела, курса и формулировать их языком, понятным обучающимся;

–разъяснять обучающимся цели обучения и способы проверки результатов достижения указанных целей;

–подбирать или создавать задания для проверки достижения сформулированных образовательных результатов;

–регулярно комментировать результаты обучающихся, давать советы с целью их улучшения;

–менять техники и технологии обучения в зависимости от достигнутых обучающимися образовательных результатов;

–учить обучающихся принципам самооценки и способам улучшения собственных результатов;

–предоставлять обучающимся возможности улучшить свои результаты до выставления окончательной отметки;

–осознавать, что оценивание посредством отметки резко снижает мотивацию и самооценку обучающихся.

–разделять ответственность за результаты обучения со студентом.

Процедуры оценки по дисциплине «Основы психосоматики» включают: ролевые игры, разработку диагностических и консультационных документов, написание тестов,

разработку презентаций, подготовку рефератов, мониторинг сформированности основных знаний, умений, навыков.

Таблица контроля формирования знаний, умений, навыков

Формы контроля	Элементы контроля
Фронтальный опрос	Знания
Самоконтроль	Знания
Взаимоконтроль	Знания
Решение задач	Знания, умения, навыки
Самостоятельная работа	Знания, умения
Презентации	Знания, умения
Практическая работа	Знания, умения, навыки
Реферат, доклад, обзор психологических теорий	Знания, умения, навыки
Ролевые деловые игры, дискуссии	Знания, умения, навыки
Тест	Знания, умения, навыки
Составление диагностических и консультационных документов	Знания, умения, навыки
Лабораторная работа	Знания, умения, навыки
Контрольное задание	Знания, умения, навыки
Дифференцированный зачет	Знания, умения, навыки

Процедура оценивания качества предметных результатов студентов по дисциплине «Основы психосоматики»:

- Включенное наблюдение и фиксация его результатов,
- Тестирование и фиксация его результатов,
- Контрольное задание и фиксация его результатов,
- Устный опрос и фиксация его результатов,
- Самостоятельная работа и фиксация ее результатов,
- Беседа и фиксация ее результатов,
- Дискуссия (например, в учебном форуме) и фиксация ее результатов,
- Устный зачет и фиксация его результатов,
- Защита реферата и фиксация результатов,
- Письменная работа и фиксация ее результатов,
- Презентация (электронные и бумажные продукты) и фиксация ее результатов,
- Написание отзывов, рецензий и фиксация их результатов,
- Тестирование и фиксация его результатов

Алгоритм процедуры оценивания преподавателем:

- полнота и конкретность ответа;
- последовательность и логика изложения;
- связь теоретических положений с практикой;
- обоснованность и доказательность излагаемых положений;
- наличие качественных и количественных показателей;
- наличие иллюстраций к ответам в виде примеров и пр.;
- уровень культуры речи;
- использование наглядных пособий и т. п.
- качество подготовки;
- степень усвоения знаний;

- активность;
- положительные стороны в работе студентов;
- ценные и конструктивные предложения;
- недостатки в работе студентов;
- задачи и пути устранения недостатков.

Алгоритм процедуры самооценки студента:

- какова цель и что нужно было получить в результате?
- удалось получить результат? Найдено решение, ответ?
- справился полностью правильно или с ошибкой? Какой, в чём?
- справился полностью самостоятельно или с помощью (кто помогал, в чём)?

Этапы процедуры оценивания:

Что оценивается. Оценивается любое успешное, действие, оценкой фиксируется только решение полноценной задачи.

Как оценивать. За каждую учебную задачу или группу заданий — задач, показывающих овладение отдельным знанием, умением, навыком — ставится отдельная отметка.

Параметры оценивания. Оценка знаний, умений, навыков студента определяется по шкале оценивания, определённой в настоящей учебной программе.

Фиксация результатов. Формы представления образовательных результатов:

- ведомости успеваемости по предметам;
- тексты контрольных работ, тестов и проч., и анализ их выполнения обучающимся;
- журнал;
- индивидуальный учебный план (при наличии);
- зачетная книжка.

-Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний, умений и навыков студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

- умение оперировать психологическими понятиями и категориями;
- умение грамотно анализировать психологические факты;
- умение самостоятельно анализировать и диагностировать психологические ситуации;

-развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач.

Студенты, давшие в результате 80 % и более правильных ответов получают оценку «отлично». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 60 % и более процентов получают оценку «хорошо». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на 50 % и более процентов получают оценку «удовлетворительно». Студенты, давшие в результате опроса правильные ответы на менее 50 % вопросов получают оценку «неудовлетворительно».

Форма контроля – реферат, доклад. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов учитываются следующие критерии:

- развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;
- развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;
- развитие навыков научного анализа материала и его изложения;

–выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;

–развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;

–закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

–Контрольные работы. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний и умений студентов по дисциплине преподаватель руководствуется, прежде всего, следующими критериями:

–развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;

–развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;

–развитие навыков научного анализа материала и его изложения;

–выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов раскрывающих суть темы реферата и анализа их;

–развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;

–закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

Оценка знаний, умений и навыков (компетенций) при интерактивных формах занятий. Знания оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При оценивании знаний, умений, навыков студентов учитываются следующие критерии:

–развитие навыков самостоятельного научного поиска необходимой литературы;

–развитие навыков самостоятельной работы с учебной и научной литературой при решении поставленных задач;

–развитие навыков научного анализа материала и его изложения;

–выработка умения самостоятельного выделения из всей найденной информации основных аспектов, раскрывающих суть темы реферата и анализа их;

–развитие умения излагать изучаемый материал в краткой по объему и емкой по содержанию форме;

–закрепление знаний по выбранной теме при работе с дополнительными источниками.

–умение оперировать психологическими понятиями и категориями;

–умение грамотно анализировать психологические факты;

–умение самостоятельно диагностировать и правильно анализировать психологические ситуации.

