

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

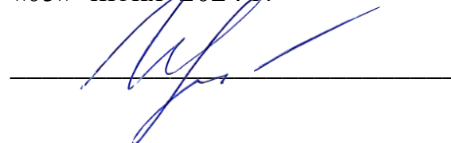
УТВЕРЖДАЮ

Декан

факультета социальной работы и
клинической психологии

Гуляевская Н.В.

«05» июня 2024 г.



ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Практикум по психосоматике

Шифр дисциплины: Б1.В.04

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Форма обучения: очная

Год набора: 2024

Оценочные материалы по дисциплине «Практикум по психосоматике» является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 37.05.01 – «Клиническая психология»

Оценочные материалы разработали сотрудники кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
1	2	3
Сарычева Ю.В.	доцент	к.м.н., доцент
Ласовская Т.Ю.	доцент	к.м.н., доцент

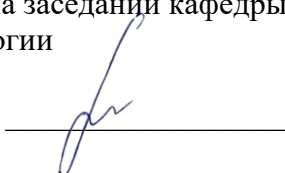
Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра/организация
1	2	3	4
Ветерок Е.В.	доцент	к.псих.н., доцент	Кафедра практической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

Оценочные материалы рассмотрены и одобрены на заседании кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Протокол № «07» от «05» июня 2024 г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Овчинников А.А.



Оценочные материалы рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии по специальности «Клинической психологии» и «Социальная работа».

Протокол № «06» от «31» мая 2024 г.

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине
«Практикум по психосоматике»**

№ п/п	Контролируемые дидактические единицы дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Проведение клинического интервьюирования психосоматического больного.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи
2.	Тема 2. Оценка психологических факторов в возникновении психосоматического заболевания.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи
3.	Тема 3. Оценка особенностей личности больного с различными психосоматическими заболеваниями.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи
4.	Тема 4. Оценка уровня тревоги и депрессии.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Проведение диагностических методик
5.	Тема 5. Оценка типа реакции на заболевание и суицидального риска.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Проведение диагностических методик
6.	Тема 6. Оценка уровня общего функционирования и качества жизни.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Проведение диагностических методик
7.	Тема 7. Разработка индивидуального плана реабилитации.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных упражнений
8.	Тема 8. Участие в групповом психосоциальном вмешательстве (школе больных).	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных

			упражнений
9.	Тема 9. Обучение больного навыкам релаксации по Джекобсону, методам аутотренинга.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных упражнений
10.	Тема 10. Обучение больного музыкальной релаксационной терапии.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных упражнений
11.	Тема 11. Оценка эффективности психотерапевтического вмешательства.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных упражнений
12.	Тема 12. Работа с детьми в психосоматике. Диагностика внутрисемейных отношений в психосоматической семье.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных упражнений
13.	Тема 13. Работа с детьми в психосоматике. Арт-терапия.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Выполнение тренировочных упражнений
14.	Тема 14. Представление и разбор 6 психокоррекционных программ.	ПК-1, ПК-3, Зн.1, Зн.2, Ум.1, Ум.2, По.1, По.2	Устный опрос Вопросы для зачета Ситуационные задачи Защита программ

**Итоговый контроль
Экзаменационные билеты**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет социальной работы и клинической психологии

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Практикум по психосоматике

Билет № 1

1. Вопрос 1
2. Вопрос 2
3. Ситуационная задача

Зав. кафедрой

А.А. Овчинников

М.П.

Перечень вопросов для подготовки

1. Понятие о внутренней картине болезни. Структура внутренней картины болезни. Масштаб переживания болезни. Субъективная оценка боли как особого психофизиологического состояния и ее вклад в формирование эмоционального переживания болезни.
2. Изменения психической деятельности при хронических соматических заболеваниях. Механизмы саногенного и патогенного влияния соматического состояния на психику больного. Психологическая адаптация больного к заболеванию.
3. Механизмы психологической защиты при соматическом заболевании. Характеристика основных механизмов: вытеснение, отрицание, реактивные образования, регрессия, изоляция, идентификация, проекция, замещение (смещение), рационализация, сублимация и их степень зрелости.
4. Совладающее поведение (копинг-поведение) при соматических заболеваниях, их отличие от механизмов психологической защиты. Копинг-стратегии и копинг-ресурсы. Характеристика основных копинг-стратегий: диссимуляция, аггравация, анозогнозия, реакция «ухода в болезнь», «социальная престижность болезни», симуляция. Продуктивные и непродуктивные копинг-стратегии.
5. Характеристика «трудных» больных. Особенности взаимодействия с пациентами с высоким социальным статусом, с пожилыми, инвертированными, депрессивными, тревожно-мнительными больными. Врач как больной.
6. Классификация психосоматических пациентов по личностным особенностям (А. Мацанов, 2000), характеристика больных циклотимного, эпитимного, ювенильного, астенического, психастенического склада.
7. Психологическое тестирование в психосоматической практике: психологическая диагностика депрессий (опросник депрессивности Бека, шкала Гамильтона для оценки депрессий - HDRS, Hamilton, Госпитальная шкала тревоги и депрессии - HADS, шкала депрессии центра эпидемиологических исследований - CES-D), тревоги и тревожности (шкала реактивной и личностной тревожности-STAI, C.D.Spielbergger).
8. Психолого-психиатрическая классификация типов психологического реагирования на заболевания (по А.Е. Личко и Н.Я.Иванову). Характеристика каждого типа: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный.

9. Причины, определяющие тип реагирования на болезнь (по Л. Л. Рохлину). Медико-психологическая классификация типов личностной реакции на заболевание (по Якубову Б.А., 1982): содружественный, спокойный, неосознаваемый, следовой, негативный, панический, разрушительный тип реакций. Компенсаторные и декомпенсаторные реакции на болезнь. Амбивалентность отношения больного к болезни.
10. Социально-психологическая классификация реагирования на болезнь (по З.Липовски): болезнь - угроза или вызов, болезнь – утрата, болезнь - выигрыш или избавление, болезнь – наказание. Переживание болезни во времени. Возрастные особенности внутренней картины болезни.
11. Психологическая диагностика неспецифических изменений личности при хронических соматических заболеваниях: методика ТОБОЛ, опросник для изучения отношения к болезни и лечению, личностный опросник (ЛОБИ), опросник А. И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни, исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн (модификация П.В.Яньшина с элементами клинической беседы).
12. Психосоматические аспекты боли. Боль как особое психофизиологическое состояние. Субъективное переживание боли. Характеристика четырех типов восприятия с учетом порога и выносливости боли. Факторы, влияющие на интенсивность болевого ощущения.
13. Сенсорный и эмоциональный компоненты переживания боли. Психалгии. Боль как психический феномен. Личностные особенности пациентов, склонных использовать боль как психический феномен.
14. Психологическая диагностика качества жизни при психосоматическом заболевании: шкала объективизации качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями.
15. Роль клинического психолога в системе оказания медицинской помощи. Основные задачи, выполняемые клиническим психологом в медицинских учреждениях соматического профиля, учреждениях (отделениях) паллиативной медицины. Принципы взаимодействия клинического психолога и врача в клинике внутренних болезней.
16. Постановка психосоматического диагноза: этапы психодиагностического процесса. Психологическое тестирование, принципы выбора диагностических методик.
17. Диагностическая беседа, структура и содержание клинко-диагностического интервью, этапы и условия его проведения. Особенности сбора анамнестических данных в психосоматике.
18. Приемы установления контакта с больными в условиях стационара. Коммуникативная компетентность и коммуникативная толерантность, значение личностных качеств, эмпатии и сенситивности врача в их формировании.

19. Супервизия диагностического процесса и построение диагностического заключения. Особенности диагностической и психокоррекционной работы с больными, страдающими соматоформными, психосоматическими и хроническими соматическими заболеваниями.
20. Психокоррекционная и психотерапевтическая работа в клинике внутренних болезней. Базовые теории и методы психотерапии больных, страдающих различными формами соматоформных и психосоматических расстройств: глубинно-психологические и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения.
21. Возрастные, индивидуально-типологические и нозотипические особенности соматических больных, их учет при выборе тактики психотерапии.
22. Психологическое тестирование в психосоматической практике: методика определения стрессоустойчивости социальной адаптации (Holmes, Rahe, 1967). Определение психологического типа по Д. Кейрси (1956).
23. Психологическое тестирование в психосоматической практике: определение уровня алекситимии: торонтская алекситимическая шкала. Тест на интенсивность соматических жалоб: Гиссенский опросник соматических жалоб, тест на доминирующую стратегию психологической защиты: опросник Келлермана — Плутчика.
24. Применение психотерапевтических методов, основанных на самовнушении в клинике внутренних болезней. Методы Куэ, Джекобсона, Шульца. Психотоническая тренировка по Мировскому — Шогаму. Аутогенная тренировка и биологическая обратная связь.
25. Телесно-ориентированная психотерапия в психосоматике: теоретические основы, методы и техники, используемые в клинике внутренних болезней.
26. Гештальт-терапия в психосоматике: теоретические основы, базовые идеи и принципы, основные понятия. Техники гештальт-терапии, используемые в клинике внутренних болезней.
27. Когнитивно-поведенческая психотерапия в психосоматике: основные подходы и методики, техники когнитивно-поведенческой терапии, используемые в клинике внутренних болезней.
28. Семейная психотерапия в психосоматике: теоретические основы, психосоматический больной как носитель проблем семьи. Психосоматическая семья, ее особенности. Этапы семейной психотерапии, психотехнические приемы, техники, используемые в клинике внутренних болезней.
29. Арт-терапия в психосоматике: теоретические основы, терапевтическое и диагностическое значение, основные методы и техники, используемые в клинике внутренних болезней.

30. Психосоматические заболевания в кардиологии: гипертоническая болезнь как психосоматоз, патогенез, картина личности, основные подходы к психотерапии.
31. Психосоматические заболевания в кардиологии: стенокардия и инфаркт миокарда. Картина личности, коронарная личность по F.Danbar и R.Roserman, поведение типа А и Б, Стадии развития ишемической болезни сердца с психосоматических позиций: синдромы гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения. Основные подходы к психотерапии.
32. Кардиофобический невроз: картина личности и основные подходы к психотерапии.
33. Психосоматические заболевания в пульмонологии: бронхиальная астма. Картина личности, нервно-психические механизмы патогенеза БА (неврастеноподобный, истероподобный, психастеноподобный, смешанный или шунтовый), основные подходы к психотерапии.
34. Психосоматика пищевого поведения. Ожирение: картина личности, еда как замещающее удовлетворение, основные подходы к психотерапии.
35. Психосоматика пищевого поведения. Нервная анорексия: картина личности, особенности семейных отношений, основные подходы к психотерапии.
36. Психосоматика пищевого поведения. Булимия: картина личности, основные подходы к психотерапии.
37. Психосоматические заболевания в гастроэнтерологии. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: картина личности, профили язвенных больных, основные подходы к психотерапии.
38. Психосоматические заболевания в гастроэнтерологии. Нарушения глотания, запоры, эмоциональная диарея, синдром раздраженного кишечника: картина личности, основные подходы к психотерапии.
39. Психосоматические заболевания в гастроэнтерологии. Язвенный колит и болезнь Крона: картина личности, основные подходы к психотерапии.
40. Психосоматические заболевания в эндокринологии. Гипертиреоз и гипотиреоз: картина личности, основные подходы к психотерапии.
41. Психосоматические заболевания в эндокринологии. Сахарный диабет: картина личности, основные подходы к психотерапии.
42. Психосоматические заболевания опорно-двигательного аппарата. Ревматоидный артрит: картина личности, основные подходы к психотерапии.
43. Психосоматические заболевания опорно-двигательного аппарата. Остеохондроз: картина личности, основные подходы к психотерапии.
44. Психосоматические аспекты кожных заболеваний. Дерматиты и экзема: картина личности, основные подходы к психотерапии.

45. Психосоматические аспекты кожных заболеваний. Псориаз: картина личности, основные подходы к психотерапии.
46. Вклад психосоматических процессов в формирование и течение аллергических болезней, крапивница.
47. Психосоматические заболевания в психоневрологии. Головная боль как симптом соматического заболевания и психоэмоционального расстройства.
48. Психосоматические заболевания в психоневрологии. Головная боль напряжения и мигрень: картина личности, основные подходы к психотерапии.
49. Психосоматические аспекты гинекологических заболеваний. Особенности поведения женщины в зависимости от фазы менструального цикла. Первичная аменорея, вторичная аменорея, дисменорея и предменструальный синдром: картина личности, основные подходы к психотерапии.
50. Психосоматическое бесплодие, спонтанный аборт и преждевременные роды: картина личности, основные подходы к психотерапии. Психосоматические аспекты климакса.

Критерии оценки на экзамене

- Оценка **«отлично»** выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный, в том числе лекционный, материал, последовательно, четко и самостоятельно (без наводящих вопросов) отвечающему на вопрос.
- Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, твердо знающему программный, в том числе лекционный, материал, грамотно и по существу, отвечающему на вопрос и не допускающему при этом существенных неточностей (неточностей, которые не могут быть исправлены наводящими вопросами или не имеют важного практического значения). То же относится к освещению практически важных вопросов.
- Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который обнаруживает знание основного материала, но не знает его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, излагает материал с нарушением последовательности, отвечает на практически важные вопросы с помощью или поправками преподавателя.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который не знает значительной части программного, в том числе лекционного, материала и/или допускает существенные ошибки в изложении материала.

Перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
2	Устный опрос	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы занятия по дисциплине, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Ситуационные задачи	Описание проблемной клинической ситуации, позволяющей оценить знания и умения студентов в области диагностической деятельности	Фонд ситуационных задач

Устный опрос

1. Представления о внутренней картине болезни в психосоматике. Внутренняя картина болезни при различных соматических заболеваниях.
2. Влияние внутренней картины болезни на динамику соматических и психосоматических заболеваний.
3. Клинико-психологические особенности психосоматических заболеваний.
4. Тестовые методики в психосоматической диагностике. Метод беседы с психосоматическим пациентом: особенности проведения.
5. Классификация типов отношения к болезни.
6. Характеристика типов реагирования на болезнь.
7. Психокоррекция и психотерапевтическая работа в психосоматической клинике.
8. Психотерапевтические методы в клинике внутренних болезней. Аутогенная тренировка. Методы работы, основанные на биологической обратной связи.
9. Психосоматические заболевания в кардиологии. Инфаркт миокарда в психосоматической клинике.
10. Психосоматические заболевания в пульмонологии. Бронхиальная астма как нервно-психическое заболевание.
11. Психосоматические болезни, связанные с пищевым поведением. Ожирение, анорексия, булимия.
12. Гастроэнтерологические психосоматические болезни. Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки. СРТК.
13. Эндокринологические психосоматические болезни.
14. Психосоматические аспекты гинекологических заболеваний. Особенности поведения женщины в зависимости от фазы менструального цикла.
15. Психосоматические аспекты кожных заболеваний. Дерматиты и экзема: картина личности, основные подходы к психотерапии.

Критерии оценки результатов текущего опроса

- Оценка **«отлично»** выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный, в том числе лекционный, материал, последовательно, четко и самостоятельно (без наводящих вопросов) отвечающему на вопрос.
- Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, твердо знающему программный, в том числе лекционный, материал, грамотно и по существу, отвечающему на вопрос и не допускающему при этом существенных неточностей (неточностей, которые не могут быть исправлены наводящими вопросами или не имеют важного практического значения). То же относится к освещению практически важных вопросов.
- Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который обнаруживает знание основного материала, но не знает его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, излагает материал с нарушением последовательности, отвечает на практически важные вопросы с помощью или поправками преподавателя.
- Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который не знает значительной части программного, в том числе лекционного, материала и/или допускает существенные ошибки в изложении материала.

Ситуационные задачи

Задача № 1. Больная 30 лет обратилась в очередной раз к терапевту с жалобами на внутреннее беспокойство, нарушенный сон, страх по ночам и сниженное настроение, быструю истощаемость внимания и трудность сосредоточения. Кроме того, ее беспокоят неприятные ощущения в области сердца, затрудненное дыхание, отрыжка и ком в горле, ощущения покалывания в языке, кончиках пальцев рук и ног. В поликлинику обращается регулярно, 1-2 раза в неделю. Многочисленные и разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких-либо тканевых изменений в органах и системах. Врач относила пациентку в категорию «трудных больных» и испытывала при этом определенную беспомощность.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 2. П., женщина 56 лет, поступила в неврологическое отделение после судорожного припадка. Припадок возник после того, как больная случайно узнала о связи мужа с другой женщиной. П., упала на пол (однако, не разбилась и не прикусила язык), тело ее резко выгнулось и начались судорожные движения ногами и руками. Продолжительность припадка 5-10 минут. Муж, испугавшись за жизнь жены, вызвал «скорую помощь» и в течение нескольких дней ухаживал в больнице за женой. Припадки повторялись еще несколько раз, провоцировались появлением мужа около жены или в том случае, если врач просил пациентку рассказать о психотравмирующем эпизоде. В том случае, если в момент припадка оставить больную в одиночестве, то припадок прекращается очень быстро. После того, как муж уверил пациентку в том, что не собирается ее покинуть, припадки прекратились.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 3. Больная М., 34 года, преподаватель музыки. По характеру впечатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания, в семье раздражительна, неуживчива, ревнива. Заболевание началось вскоре после вторых родов, протекавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. После ссоры с родственниками расстроилась, плакала, с чувством говорила о своем нежелании жить. Одновременно в уме возникла мысль, что она больна раком. Ярко и образно представила у себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Сама испугалась этих мыслей, попыталась их отогнать, но они продолжали навязчиво преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибели в тяжелых мучениях возникла вновь. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 4. Больной в возрасте 53 лет обратился к кардиологу в связи с приступами загрудинных болей, возникающих в результате конфликтов с руководством фирмы. Более пяти лет назад пациент был поставлен на учет с диагнозом: «Ишемическая болезнь сердца, стенокардия». Работает старшим менеджером в крупной фирме, является материально ответственным лицом. Всегда стремился сделать карьеру, склонен к риску, всегда испытывает дефицит времени, вспыльчив, решения любит принимать быстро и быстро добиваться результата. Жена больного характеризует его как эмоционального, отзывчивого, подвижного мужчину. Готов активно содействовать успеху лечения, следовать рекомендациям врача. Реалистически оценивает тяжесть своего заболевания, не желает обременять других сложностями ухода за собой.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 5. Пациент К., 51 год, частный предприниматель. Обратился по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупно, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 6. Больной поступил с жалобами на боли в области желудка, усиливающиеся после приема пищи. Около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка, с периодическими осенними обострениями. Работает спасателем в МЧС, работу считает нервной, связанной с частыми незапланированными командировками. Несмотря на это, пытается дослужиться до пенсии. Настроение тревожное, подавленное, чувство тоски. Беспокоится по поводу возможных осложнений заболевания (кровотечение) и вреда для здоровья от назначенного врачом медикаментозного лечения. Пытается сам читать медицинскую литературу о язвенной болезни, использовать опыт народной медицины, обращался за лечением к врачам, без медицинского образования. Сопоставляет рекомендации разных специалистов, перепроверяет их, пытается сам анализировать результаты обследований. На беседе обнаружил, что испытывает недостаток слов для выражения переживаний, чувств, эмоций. Никогда не любил фантазировать. Импульсивен, бедные межличностные связи, эмоционально невыразителен.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 7. Пациентка Р., 78 лет. Находится в радиологическом отделении, где проходит лечение по поводу опухоли молочной железы. С большим трудом, по настоянию

родственников, прошла 3 сеанса лучевой терапии, после чего категорически отказалась от лечения. Считает, что «сама по себе заболеть не могла, так как до этого была всегда очень здорова, а такими болезнями никто в родне не болел». В проводимое лечение не верит. Сообщает, что, по ее мнению, причиной болезни могут быть злые люди, в частности, соседка по дому в который ее семья недавно переехала. Соседка специально кидала на ее коврик перед дверью разноцветные нитки, которые и могли послужить причиной заболевания. К лекарствам подозрительна, от приема большинства назначенных лекарств отказывается.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 8. Мужчина 43 лет часто испытывает головные боли и считает, что у него развивается опухоль мозга. Несколько раз он проходил углубленное обследование в специализированных клиниках, но никаких данных за наличие опухоли получено не было. Пациент, однако, настаивает на повторных обследованиях и консультациях. Пытается сам читать медицинскую литературу о болезни, использовать опыт народной медицины, обращался за лечением к лекарям, без медицинского образования. Сопоставляет рекомендации разных специалистов, перепроверяет их, пытается сам анализировать результаты обследований.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 9. Больная М., 34 года, преподаватель музыки. По характеру впечатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания, в семье раздражительна, неуживчива, ревнива. Заболевание началось вскоре после вторых родов, протекавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. После ссоры с родственниками расстроилась, плакала, с чувством говорила о своем нежелании жить. Одновременно в уме возникла мысль, что она больна раком. Ярко и образно представила у

себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Сама испугалась этих мыслей, попыталась их отогнать, но они продолжали навязчиво преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибели в тяжелых мучениях возникла вновь. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 10. Больной С., 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появилась одышка, боли в сердце. Врач «Скорой помощи» поставил диагноз инфаркта миокарда, тем не менее, в дальнейшем он не подтвердился. С этого времени больного стала преследовать мысль, что он может упасть в любой момент и умереть. Эти тревожные мысли усиливались в душном помещении, в толпе народа. Он перестал ездить в автобусе – как только закрывались двери, возникал страх смерти. Долго он пытался от всех скрывать свое состояние, объясняя это тем, что боялся насмешек, ведь необоснованность страхов была для него очевидна. Позднее появились другие страхи – авария по его вине на работе, приходилось срочно бежать туда, чтобы удостовериться, что все в порядке. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение техники безопасности. Обратился к врачу, т.к. в связи с этим не стало времени на основную деятельность. Выявите ведущие симптомы, синдромы

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 11. Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой

женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 12. Врач пульмонологического отделения направил на консультацию к психологу пациента С. 42 лет. Врач сопровождал данный случай следующим комментарием. У пациента, вероятнее всего, «гипервентиляционный синдром» или, точнее, «синдром психогенной гипервентиляции». Гипервентиляция является одной из форм соматических реакций в ситуациях стресса, конфликта, фрустрации. Врач подчеркнул, что гипервентиляционный синдром у данного пациента как результат психотравмы весьма вероятен, так как у пациента был особенный дыхательный опыт в детстве (в младенчестве были длительные эпизоды затрудненного дыхания, безудержного плача, длительные приступы кашля). В семье пациента отмечается несколько избыточная фиксация на дыхательной функции (так называемый, «культ свежего воздуха»). В беседе с психологом пациент так описывает проявления заболевания: «Дышу усиленно, без насыщения, испытываю при этом массу неприятных ощущений со стороны сердца, потливость и озноб и т.п. Состояние очень тяжелое, мне кажется, смертельно опасное». Во время беседы даже небольшое беспокойство приводит к заметному учащению дыхания. Пациент признает роль пусковой психотравмирующей ситуации (неожиданное увольнение с работы в связи с обстановкой, обусловленной COVID-19) и признает также, что сперва был фиксирован на событии как таковом; однако физиологический аккомпанемент с течением времени стал столь силен, что на него и сместился акцент – «Мне плохо, я могу умереть».

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?

4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 13. Подросток в возрасте 14 лет страдает психастеноподобным вариантом бронхиальной астмы. Длительность заболевания более 6 лет. Воспитывался в полной семье, где также имелись прародители. С раннего возраста подросток был полностью зависим от взрослых, самостоятельных решений никогда не принимал. Отличается повышенной тревожностью. Приступы бронхиальной астмы обычно появляются в ситуации необходимости принимать решения или во время контрольных в школе. Из-за приступа подростка обычно освобождают от занятий и прочего. Как называется такой приступ, и как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 14. Молодая женщина в возрасте 24 лет. Замужем. Ухудшение состояния возникло после ссоры с мужем. Страдает бронхиальной астмой с дошкольного возраста. Воспитание проходила в полной семье с гиперпротекцией. Мать тревожная, всегда была обеспокоена здоровьем девочки, часто вызывала скорую помощь, даже при незначительных эпизодах ухудшения здоровья оставляла дома во избежание тяжелых осложнений, контролировала функцию внешнего дыхания, звонила врачам. Из анамнеза известно, что, начиная с дошкольного возраста, данная больная всегда могла добиться от взрослых исполнения своих желаний, т.к. в случаях малейших отказов у нее возникали приступы бронхиальной астмы.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 15. Пациент М., 26 лет, безработный, обратился по поводу постоянного кашля. Уже в течении двух лет проходит обследования у врачей – интернистов по этому поводу,

и, по их настоятельной рекомендации, и по настоянию матери, решил проконсультироваться у психотерапевта. Воспитывался гипернормативной, доминантной матерью, сейчас проживает с семьей родителей, большей частью просто лежит на диване (со слов матери). Имеет экономическое образование, хочет работать только в банке, однако везде при собеседовании получает отказ. От работы вместе с отцом – строителем на стройке – отказывается. Четыре года назад впервые вступил в интимные отношения с девушкой, но, почувствовав «проявления СПИДа» после этого, порвал с ней отношения, обвинив её в том, что «она его заразила». В течении двух последующих лет регулярно обследовался на наличие СПИДа, и всегда получал отрицательные результаты. Несмотря на отрицательные анализы, периодически фиксирует температуру 37,1 в утреннее или вечернее время, иногда по ночам. Стал беспокоить кашель, сначала эпизодически, последнее время кашель стал постоянным. Прошел обследование у терапевта и пульмонолога – патологии не выявлено. Считает, что напрасно пришел к психотерапевту, так как у него – соматическое, а не психическое заболевание, и что это он сделал только по настоянию матери.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 16. Больная К. С. Ю., 26 лет, звукооператор. Из анамнеза известно, что мать пациентки страдала головными болями. Возникновение головных болей отмечено в подростковом возрасте; чаще головные боли возникали в предменструальный период. Вначале головные боли носили эпизодический характер и, как правило, возникали на фоне больших эмоциональных нагрузок (экзамены и т. д.). Головные боли носили пульсирующий характер, часто заканчивались тошнотой и рвотой. После приступа оставались жалобы на утомляемость. Пациентка ранее пользовалась различными болеутоляющими препаратами. За помощью к врачам не обращалась. В последнее время головные боли носили упорный характер, до начала приступа появлялись явления мерцающей скотомы, затем развивалась пульсирующая головная боль, в ряде случаев боль оставалась до суток, в течение которых хотелось лежать, накрывшись одеялом, без движений. Больная начала все чаще принимать комбинированный препарат, оказывающий анальгезирующее и седативное действие, который скорее ослаблял болевые

ощущения, чем купировал их. В 20 лет пациентка вступила в брак, в 21 год родила дочь. В период беременности приступы головной боли не повторялись. В 22 года она стала работать звукооператором, через некоторое время на высоте нагрузок, после ночных дежурств головные боли вернулись. Семейная жизнь протекала спокойно, но на фоне головной боли пациентка стала отказываться от интимных отношений.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 17. Больной в возрасте 49 лет обратился к кардиологу в связи с приступами за грудины боли, возникающих в результате конфликтов с руководством магазина. Более пяти лет назад пациент был поставлен на учет с диагнозом: «Ишемическая болезнь сердца, стенокардия». Работает старшим продавцом в крупном магазине верхней одежды, является материально ответственным лицом. Всегда стремился сделать карьеру, склонен к риску, всегда испытывает дефицит времени, вспыльчив, решения любит принимать быстро и быстро добиваться результата. Жена больного характеризует его как эмоционального, отзывчивого, подвижного мужчину. Готов активно содействовать успеху лечения, следовать рекомендациям врача. Реалистически оценивает тяжесть своего заболевания, не желает обременять других сложностями ухода за собой.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 18. Больная В. в течение нескольких месяцев находится в выраженной конфликтной ситуации с соседкой по этажу. Во время ссор испытывает сильное чувство гнева, враждебности по отношению к соседке и дает бурную вегетативную реакцию (сильное покраснение лица, тремор пальцев рук, учащенное сердцебиение). Артериальное давление после ссоры повышается до цифр 180 на 100 мм рт. столба, соматическое состояние значительно ухудшается.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 19. Пациентка Э., 52 года, директор крупной финансовой компании. Жалуется на боли в области сердца, ощущение «перебоев, как будто сердце остановилось». Кардиолог исключил органический характер симптомов. Жалобы появились вскоре после того как узнала, что у мужа нетрадиционная сексуальная ориентация, около года назад. Сказала ей об этом взрослая дочь, которая обнаружила случайно переписку отца в интернете с любимым, подвела мать к компьютеру и сказала - «вот до чего твоя работа довела». В течение года пациентка пыталась восстановить интимную жизнь с мужем, которой не было уже около 15 лет, при этом отмечает, что никогда не испытывала потребности в этом. Однако её усилия привели только к ухудшению отношений. Сейчас собирается развестись с мужем, он категорически против этого, объясняя, что все-таки ощущает психологическую потребность в семье, в дочери, в сохранении социальных связей с друзьями семьи. Мужу 55 лет, занимает «хорошую должность», тщательно скрывает с вою личную жизнь от посторонних, в течении 8 лет – в близких отношениях с женщиной младше его на 12 лет. На консультации настоял муж, так как хочет сохранить семью.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 20. Мужчина в возрасте 43 лет, работник городской администрации. С детства был склонен к приступам ярости и агрессии, что проявлялось уже в песочнице (отбирал у детей игрушки и дрался). Начиная с подросткового возраста, стал подчеркнуто уступчивым, вплоть до того, что не мог постоять за себя. По мере взросления и начала работы на административной должности стала нарастать раздражительность, особенно, если сталкивался с препятствиями, которые казались ему непреодолимыми. Себя называл «ломовой лошадей». Крайне боялся увольнения и смены работы. Излишнее чувство

ответственности всегда порождало у него усиление чувства гнева, неприязни и даже агрессивности по отношению к тем, кого он считал более удачливым в профессиональном плане. Постепенно у данной личности сформировалось состояние хронического напряжения и любая неординарная ситуация, в том числе не сложная, обуславливала у него повышение артериального давления.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 21. Мужчина в возрасте 28 лет, банковский служащий, никогда не был женат, был единственным ребенком в семье, воспитывался только матерью и бабушкой. Был достаточно избалован ими и имел к ним чрезмерную привязанность. Когда больному было 15 лет, умерла бабушка. Данную ситуацию перенес крайне тяжело, ощущал чувство одиночества. На этом фоне возник первый гипертонический криз в виде сосудистого приступа. Необходимо отметить, что бабушка страдала ишемической болезнью сердца. С этого периода стал тщательно следить за своим здоровьем, особенно за работой сердца и артериальным давлением. Также требовал от матери, чтобы она постоянно обследовалась. Несмотря на молодой возраст и необходимость работать сверхурочно, избегал любых физических нагрузок, отказывался от сверхурочной работы. Также избегал сексуальных контактов, т.к. ощущал «у него учащается сердцебиение», что по его мнению может привести к развитию инфаркта миокарда.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 22. Больной в возрасте 48 лет, инженер, страдает артериальной гипертонией в течение последних 10 лет. Отличается трудолюбием, упорядоченным поведением, контактностью, повышенной аккуратностью и добросердечностью. Это делает его вполне приятным и уступчивым пациентом. Однако, в процессе терапии, зачастую нарушает

назначенное лечение. При попытке объяснить необходимость соблюдения всех рекомендаций врача от лечения просто уходит, зачастую не является на психотерапевтические занятия. Какую тактику должен выбрать психотерапевт в отношении данного пациента?

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 23. Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним – не реагировала, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепама, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повторится. В психическом статусе – гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

1. Назовите расстройство, механизм его возникновения, план психотерапевтической работы.
2. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
3. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
4. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
5. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
6. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 24. Пациент 33 лет страдает эрозивным гастритом. В ходе беседы с врачом выясняется, что и сам пациент, и его отец любят репчатый лук и употребляют его в больших количествах. Пациент не обращает внимания на то, что употребление лука в больших количествах приводит к нарушению работы пищеварительной системы,

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

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 25. Больной в возрасте 30 лет на приеме у врача - терапевта выразил озабоченность в связи с возможным наличием у него заболевания желудка или 12-перстной кишки. Периодические в области верхней трети живота слева и в центре испытывает дискомфорт, иногда быстро проходящие, мигрирующие, покалывающие боли. Это вызывает тревогу за свое здоровье, и настроение становится подавленным. Боли и дискомфорт исчезают сами, без лечения. Такая симптоматика отмечается без существенной динамики у больного в течение 7-8 лет. Регулярные обследования у врачей в поликлинике по месту жительства, в диагностическом центре, консультации у ведущих

специалистов гастроэнтерологии и современные методы диагностического обследования не выявили у больного каких либо существенных органических, либо функциональных изменений в желудке и 12 - перстной кишке. Результаты обследования отрицательные. Несмотря на заверения врачей об отсутствии у него заболевания, пациент считает, что болен серьезным заболеванием желудка. Просит назначить ему еще какие-либо новые методы обследования и собирается поехать на консультацию к врачам в другой город. Считает, что если у него нет заболевание желудка, то есть другое какое-либо заболевание. Озабоченность своим здоровьем сохраняется.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 26. Психолог оказался свидетелем беседы двух врачей больницы, терапевта и хирурга, по поводу поступившей в больницу женщины 35 лет из далекого грузинского селения. Пациентка жаловалась на боли в животе. Заболевание началось после замужества. Боли длятся уже свыше 10 лет, постоянны – держатся с утра до вечера ежедневно, не связаны ни с приемом пищи, ни со стулом, ни с менструацией, ни с телодвижениями, не имеют четкой локализации. Терапевт (врач-интернист) утверждает, что боли такого характера не удастся объяснить какой-либо органической патологией кишечника, придатков, брюшины и т.п. Выражение лица пациентки очень печальное, она охотно ищет медицинской помощи, огорчена бесплодием, особенно травмирующим и унижительным в деревне с патриархальным укладом и многодетными семьями. При тщательном всестороннем исследовании не обнаружено никакой патологии, однако ирригоскопия (обследование толстого кишечника) показала, что сигмовидная кишка незначительно удлинена. Хирург, консультировавший больную, диагностировал долихосигму (длинная кишка) и предложил пациентке операцию. Терапевт, удивленный таким заключением, спорит с хирургом. Во-первых, долихосигма – врожденный дефект, и если бы симптомы были связаны с нею, то они должны длиться не 10 лет, а всю жизнь. Во-вторых, каким образом долихосигма может вызвать боли? Либо вследствие перерастяжения кишки каловыми массами, но тогда опорожнение кишечника должно давать хотя бы временное облегчение; либо вследствие перекрута чрезмерно подвижной петли на длинной брыжейке, но тогда боли были бы перемежающимися, сильными и

повторно давали бы картину странгуляционной непроходимости. Ничего подобного у больной не наблюдалось. Хирург не опровергал возражений терапевта, однако стоял на своем. Пациентка буквально ухватилась за сделанное ей хирургом предложение, и терапевт был вынужден перевести ее в хирургическое отделение. Операция прошла успешно, женщина довольная уехала домой, однако через год вновь поступила в больницу с теми же жалобами.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 27. Пациент Д., 22 года. Находится в отделении эндокринологии с диагнозом «сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный». Ухудшение состояния в виде жажды, сухости во рту заметил после перенесенной на ногах вирусной инфекции. Вынужден был ходить на работу, несмотря на высокую температуру, в связи с тем что приезжала комиссия, проверяющая работу его подразделения. По ночам проверял корректность документов и отчетов, исправлял недостатки. Проверка завершилась успешно, однако постепенно после этого стал замечать ухудшение самочувствия. Во время обхода врача задает детальные вопросы по поводу своего состояния, интересуется данными обследований. На тумбочке у кровати – учебники по внутренним болезням и монографии по эндокринологии. Вечером несколько раз подходил к дежурным сестрам, задавал множество вопросов о своей болезни, особенно интересуясь осложнениями. Стремится получить консультацию у ведущего специалиста в области терапии.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 28. Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла

назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 29. Больная А., 16 лет, школьница. Направлена на консультацию эндокринологом. Жалоб активно не предъявляет, при расспросе говорит, что беспокоит избыток веса, запоры. Мать отмечает, что дочь очень мало ест, в основном низкокалорийные продукты (сухие хлебцы с дрожжами, капусту). Полгода назад мальчик, которому очень хотелось понравиться, назвал пациентку «толстой». В это время вес пациентки был 58 кг при росте 159 см. Девочка сильно переживала, решила, что необходимо худеть. В последние несколько месяцев у девочки подавленное настроение, резкие вспышки раздражения на родителей, пониженный аппетит, эпизоды рвоты. В связи с запорами регулярно очищает кишечник при помощи приема слабительных и клизмы. За последние 6 месяцев похудела на 20 кг (вес 38 кг). Перестала общаться со сверстниками, т.к. считает себя некрасивой, «толстой уродиной».

1. Выявите ведущие симптомы, синдромы
2. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
3. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
4. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
5. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
6. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 30. Пациентка 37 лет Жалобы на частые боли в малом тазу, усиливающиеся в момент менструаций. Менструации носят длительный, обильный характер. Также отмечает выраженный дискомфорт и болевые ощущения в моменты полового акта, снижение либидо, отсутствие чувства удовольствия от сексуальной жизни с мужем. Отец был очень требовательным, агрессивным, при недовольстве дочерью использовал «разные воспитательные меры» от нотаций до длительного методичного избиения ремнем. Мать очень мягкая по характеру, во всем соглашалась с отцом и боялась его. Физическое развитие протекало в соответствии с возрастными нормами. Проблемы полового созревания, отношений с мужчинами с матерью никогда не обсуждались. Менструации установились с 14 лет, к этому была готова, т.к. слышала от подруг. Отношений с мальчиками не было, «считала себя серой мышкой, некрасивой», казалось, что она не может быть ни для кого интересной. В 25 лет впервые стала встречаться с мужчиной, с которым познакомили подруги. В течение двух лет они вместе гуляли, ходили в кино. В 27 лет впервые возникли сексуальные отношения с мужчиной, но «роман» продолжался недолго (около 3-х недель) – не нравился характер мужчины, слишком резкий, сама не могла ни на чем настоять, решить. Начались проблемы с гинекологией – при обследовании выявлена урогенитальная инфекция, что явилось большой психологической травмой для пациентки. Она быстро разорвала отношения, тем более, что мужчина особенно и не нравился – «просто хотелось не быть одной». В этот же период вновь возникло усиление зуда в аногенитальной области. Она долго и активно лечилась, после чего стала бояться и даже избегать знакомств с мужчинами. В 35 лет через подругу познакомилась с мужчиной, стремящимся к созданию супружеских отношений. Мужчина не понравился, но быть одной еще тяжелее, и через 2 месяца знакомства пациентка вышла замуж. Практически сразу после начала совместной жизни возникли проблемы в сфере гинекологии (боли, дискомфорт). Беременность за 2 года совместной жизни не наступила.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 31. Женщина в возрасте 27 лет, замужем ранее не была, находится в разлуке с сексуальным партнером, жалуется на подавленность, гнев, страх перед одиночеством и отсутствием перспектив выйти замуж. Ощущение чувства «полной

пустоты» стало поводом к интенсивной еде. Порой даже не замечает, что и сколько съедает. С детства всегда была полным ребенком. Сколько себя помнит, всегда на любое внешнее выражение каких-либо детских реакции мать и бабушка предлагали ей поесть. К подростковому возрасту стала считать себя «несовершенной», «несостоятельной» и очень ранимой. Сексуальный партнер, с которым у нее произошел разрыв, был первым мужчиной в ее жизни. За последние 3 месяца прибавила в весе более чем 20 кг. Пыталась проходить курсы похудения, в том числе и до момента психотравмы, которые оказывались неэффективными. Назовите причину нарастания ожирения.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 32. Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 33. Ученица 7 класса Р. плохо отвечала у доски. Учительница, бросив нелестную реплику по ее адресу, предложила ей сесть на место. У девочки на глазах навернулись слезы, и все кругом стало темным. Свою парту она не смогла найти, так как ничего не стала видеть, и, беспомощно натываясь на предметы, передвигалась ощупью с вытянутыми руками. Взмолвленная учительница тут же отвезла ее в клинику. При осмотре: мимика девочки застывшая, тревожно-растерянная, движения замедленные, речь монотонная, глаза широко раскрыты, взор неподвижный. Жалобы на полную слепоту на оба глаза с потерей светоощущения. На вопрос видит ли она, как гасят и зажигают электрическую лампочку, отрицательно качает головой. Зрачки умеренно расширены. Реакция зрачков на свет живая. Глазное дно в пределах нормы. Во время осмотра ей было сказано: «Пойди, деточка, сядь на этот стульчик», - и жестом показан стул в углу кабинета, на который ей следует сесть. Она тут же прошла и села на этот стул, обнаружив сохранность зрения. На вопрос, сколько пальцев ей показывают, ответила, что не видит.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 34. Больная А., 18 лет, учится на первом курсе вуза. Первое обращение. Основные жалобы – понос, боли в животе, кровь в стуле, потеря в весе, метеоризм. Критическая оценка своего состояния отсутствует. Эмоциональная сфера: подавленное настроение. Пациентка родилась в семье учителей, третьим ребенком. Воспитывалась бабушкой со стороны матери. Учителями характеризовалась, как активная и преуспевающая. В школе была отличницей. Мать по характеру спокойная, ответственная, строгая, но не властная. Отец спокойный, общительный. Больная проживает одна на съемной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Вредных привычек не имеет. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветрянка в детском возрасте, аллергический дерматит (реакция на антибиотик). При активном расспросе выяснено, что переживает по воду обучения, полученных оценок, результатов сессии. Впервые длительное ухудшение состояния отмечалось после переезда полгода назад и начала обучения в вузе. Через два дня после переезда она заметила признаки крови при дефекации, стул водянистый, частый (более 3 раз в день). Испытывает чувство дискомфорта в животе, часто вздутие живота. Стала пить разные противодиарейные

препараты, которые оказывали недолговременный эффект. Состояние ухудшилось в течении последнего месяца, пропал аппетит и потеря в весе, головные боли и боли в спине. При эндоскопии язвы, воспаление, опухоли, инфекционные поражения и кровотечения не обнаружены. Рентгенологическое исследование толстой и тонкой кишки без особенностей.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 35. Подросток в возрасте 14 лет страдает психастеноподобным вариантом бронхиальной астмы. Длительность заболевания более 6 лет. Воспитывался в полной семье, где также имелись прародители. С раннего возраста подросток был полностью зависим от взрослых, самостоятельных решений никогда не принимал. Отличается повышенной тревожностью. Приступы бронхиальной астмы обычно появляются в ситуации необходимости принимать решения или во время контрольных в школе. Из-за приступа подростка обычно освобождают от занятий и прочего. Как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 36. Больной поступил с жалобами на боли в области желудка, усиливающиеся после приема пищи. Около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка, с периодическими осенними обострениями. Работает спасателем в МЧС, работу считает нервной, связанной с частыми незапланированными командировками. Несмотря на это, пытается дослужиться до пенсии.

Настроение тревожное, подавленное, чувство тоски. Беспокоится по поводу возможных осложнений заболевания (кровотечение) и вреда для здоровья от назначенного врачом

медикаментозного лечения. Пытается сам читать медицинскую литературу о язвенной болезни, использовать опыт народной медицины, обращался за лечением к врачам, без медицинского образования. Сопоставляет рекомендации разных специалистов, перепроверяет их, пытается сам анализировать результаты обследований. На беседе обнаружил, что испытывает недостаток слов для выражения переживаний, чувств, эмоций. Никогда не любил фантазировать. Импульсивен, бедные межличностные связи, эмоционально невыразителен.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 37. Мужчина в возрасте 28 лет, банковский служащий, никогда не был женат, был единственным ребенком в семье, воспитывался только матерью и бабушкой. Был достаточно избалован ими и имел к ним чрезмерную привязанность. Когда больному было 15 лет, умерла бабушка. Данную ситуацию перенес крайне тяжело, ощущал чувство одиночества. На этом фоне возник первый криз в виде сосудистого приступа. Необходимо отметить, что бабушка страдала ишемической болезнью сердца. С этого периода стал тщательно следить за своим здоровьем, особенно за работой сердца. Также требовал от матери, чтобы она постоянно обследовалась. Несмотря на молодой возраст и необходимость работать сверхурочно, избегал любых физических нагрузок, отказывался от сверхурочной работы. Также избегал сексуальных контактов, т.к. ощущал «у него учащается сердцебиение», что по его мнению может привести к развитию инфаркта миокарда.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 38. Больной С., 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появилась одышка, боли в сердце. Врач «Скорой помощи»

поставил диагноз инфаркта миокарда, тем не менее, в дальнейшем он не подтвердился. С этого времени больного стала преследовать мысль, что он может упасть в любой момент и умереть. Эти тревожные мысли усиливались в душном помещении, в толпе народа. Он перестал ездить в автобусе – как только закрывались двери, возникал страх смерти. Долго он пытался от всех скрывать свое состояние, объясняя это тем, что боялся насмешек, ведь необоснованность страхов была для него очевидна. Позднее появились другие страхи – авария по его вине на работе, приходилось срочно бежать туда, чтобы удостовериться, что все в порядке. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение техники безопасности. Обратился к врачу, т.к. в связи с этим не стало времени на основную деятельность. Выявите ведущие симптомы, синдромы

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 39. Пациента Н.Б.К., 40 лет, находящегося на амбулаторном лечении, беспокоили приступы удушья, чаще возникающие ночью и под утро, пароксизмальный кашель с отхождением небольшого количества стекловидной, вязкой мокроты. С детских лет страдает аллергическим дерматитом, вазомоторным ринитом. Приступы удушья начались в возрасте 35 лет вскоре после перенесенной пневмонии. Больной пользовался ингаляциями и гормональной терапией для купирования удушья. Последнее обострение началось две недели назад. Пароксизмы удушья приняли упорный характер и с трудом купировались ингаляциями. В течение последних двух недель больной обратил внимание на снижение потенции и вслед за этим снижение либидо. Нарушился сон, нет желания чем-либо заниматься.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 40. Школьницу В., 14 лет, привела на прием к ЛОР -врачу мать. Со слов матери, девочка 3 дня назад потеряла способность говорить (наверное, что-то случилось с голосовыми связками) и могла общаться только, излагая письменно фразы на бумаге. Со слов матери, расстройство началось внезапно, после посещения дня рождения подруги, на котором одноклассник, к которому В. испытывала симпатию, не обращал на нее никакого внимания и весь вечер беседовал с другой девочкой. Когда В. пришла с дня рождения домой, то долго ни с кем дома не разговаривала, плакала, а утром «не смогла вообще ничего сказать». На следующий день и в течение всей последующей недели В. стала объектом повышенного внимания – целый день с ней сидели подруги, родители раньше приходили с работы, о ней заботились как о серьезно больном человеке. ЛОР-врач, осмотревший В., заявил, что патологии со стороны гортани нет.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?
4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Задача № 41. Пациентка В.С.Д., 41 год, педагог. Беспокоят головные боли, после эмоционального напряжения, шумы в ушах, и гул по всему телу в течении последних 5 лет. Боится заболеть раком. По характеру тревожная, воспитывалась одной матерью, в условиях повышенной ответственности и эмоциональной холодности. В настоящий момент проживает одна, «с мужчинами не складывается», по этому поводу очень переживает. На МРТ головного мозга - начальные признаки гипертрофии. Невролог не выявил выраженной патологии, сказал, что беспокоиться нет причин. Назначил циннаризин, мексидол и рекомендовал обратиться к психиатру. Препараты помогли, но ненадолго, пока принимала лекарства. Психиатр рекомендовал фенозепам, по полтаблетки 2 раза в день. Объяснил, что не надо переживать по пустякам и нервничать. Однако патологические ощущения также появлялись сразу после прекращения медикаментозной терапии.

1. Можно ли болезнь пациента назвать психосоматической?
2. Определите тип расстройства (функциональное, органическое, нозогения), возможный диагноз.
3. Какие психогенные механизмы могут лежать в основе заболевания?

4. Какие методы диагностики, с какой целью будут показаны?
5. Укажите основные подходы к психотерапии.

Критерии оценки задач

- Оценка **«отлично»**. Самостоятельно выявлены и описаны все имеющиеся психологические феномены; студент грамотно пользуется терминологией.
- Оценка **«хорошо»**. Выявлено и описано большинство психологических феноменов; студент грамотно пользуется терминологией.
- Оценка **«удовлетворительно»**. Частично выявлены и охарактеризованы психологические феномены; возможны непринципиальные терминологические ошибки.
- Оценка **«неудовлетворительно»**. Не указаны имеющиеся психологические феномены/ошибочно выделены и неверно описаны; незнание терминологии.

Темы рефератов
(докладов, сообщений)

по дисциплине *«Практикум по психосоматике»*

1. Психосоматические симптомы у детей.
2. Психосоматика в психоневрологии.
3. Типы психодиагностических методик.
4. Психотерапия расстройств питания, выделения и обмена веществ.
5. Психотерапия расстройств дыхания и кровообращения.
6. Психотерапия кожных нарушений.
7. Женские болезни и сексуальные дисфункции, психотерапия.
8. Тяжелые болезни и умирание, психотерапия.
9. Групповая терапия психосоматических больных.
10. Подход Фрайбергера и Пезешкиана.
11. Методика Лоуэна и биообратная связь.
12. Лечение аскетической формы анорексии.
13. Психотерапия больных соматизированной депрессией.
14. Психотерапия желудочных больных.
15. Психотерапия больных бронхиальной астмой.
16. Психотерапия сердечнососудистых больных.
17. Психотерапия кожных больных.
18. Методы психотерапии судорожных расстройств.
19. Методы психотерапии болезней суставов.
20. Сексуальная терапия женских психосексуальных расстройств.
21. Сексуальная терапия сексуальных дисфункций у мужчин.

Критерии оценки реферата

- Оценка **«отлично»** выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на результаты современных исследований (за последние 5-10 лет), примеры из практики, мнения известных учёных в данной области. Студент в своей работе выдвигает новые идеи и трактовки, демонстрирует способность анализировать материал.
- Оценка **«хорошо»** выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на результаты современных исследований (за последние 5-10 лет), примеры из практики, мнения известных учёных в данной области.
- Оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если студент выполнил задание, однако не продемонстрировал способность к научному анализу, не высказывал в работе своего мнения, допустил ошибки в логическом обосновании своего ответа.
- Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если студент не выполнил задание, или выполнил его формально, ответил на заданный вопрос, при этом не ссылаясь на мнения учёных, не высказывал своего мнения, не проявил способность к анализу, то есть в целом цель реферата не достигнута.

Объем реферата должен быть не менее 20 стр. машинописного текста (аналог – компьютерный текст TimeNewRoman, размер шрифта 14 через полтора интервала), включая титульный лист и список литературы. В списке литературы должно быть указано не менее 10 источников (научных статей и монографий). Цитирование учебной литературы в реферате недопустимо.