

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по выполнению практических работ
по дисциплине

«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

специальность **37.05.02 Психология служебной деятельности**
специализация **Психологическое обеспечение коммуникаций в служебной деятельности**
Форма обучения **очная**

Ставрополь

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Раздел 1. Предпосылки психосоматических расстройств

Практическое занятие № 1. Психосоматические идеи в истории науки

Практическое занятие № 2. Психосоматика как область междисциплинарных исследований: в поисках предмета психологического изучения

Практическое занятие № 3. Основные теоретические подходы зарубежной психосоматики

Практическое занятие № 4. Основные теоретические подходы отечественной психосоматики

Практическое занятие № 5. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

Практическое занятие № 6. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

Практическое занятие № 7. Экспериментально-психологическое исследование в клинике соматических заболеваний

Раздел 2. Клинические проявления психосоматических расстройств

Практическое занятие № 8. Психопатологические проявления соматизированной депрессии

Практическое занятие № 9. Псевдоневрологические расстройства

Практическое занятие № 10. Псевдоневрологические расстройства

Практическое занятие № 11. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы

Практическое занятие № 12. Психосоматические расстройства при заболеваниях дыхательной системы

Практическое занятие № 13. Психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы

Практическое занятие № 14. Психогенные сексуальные расстройства и психосоматические состояния, связанные с ними

Практическое занятие № 15. Психосоматические расстройства у детей и подростков

Практическое занятие № 16. Психосоматические расстройства у детей и подростков

Практическое занятие № 17. Психотерапия при психосоматических заболеваниях

Практическое занятие № 18. Психотерапия при психосоматических заболеваниях

ВВЕДЕНИЕ

Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины «Основы психосоматики» - овладение студентами системой научных представлений о теоретических основах психосоматики и психотерапевтическими технологиями психологического сопровождения и коррекции лиц с психосоматическими расстройствами.

Задачи освоения дисциплины «Основы психосоматики»:

- ~ закрепление теоретических знаний студентов об основах психологического синдромного анализа в практике консультирования психосоматических больных;
- ~ формирование представлений о психофизиологических и патопсихологических моделях и механизмах симптомообразования психосоматических расстройств;
- ~ формирование представлений о психологических особенностях личности лиц с психосоматическими расстройствами;
- ~ обучение основам составления программ психологического консультирования и психологической коррекции больных с различными соматоформными и психосоматическими расстройствами

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Код, формулировка компетенции	Код, формулировка индикатора	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), характеризующие этапы формирования компетенций, индикаторов
УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	ИД-2 _{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами	1. применяет категориальный аппарат клинической психологии, основы методологии синдромного и каузального анализа расстройств психической деятельности, психосоматического здоровья и личности в контексте практических, научно-исследовательских задач 2. проводит психодиагностическое обследование пациента с психосоматическими расстройствами в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-

		психологических характеристик
ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей	ИД-1 _{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности	прогнозирует изменения и оценивает их динамику в различных сферах психического функционирования человека при психологическом воздействии, направленном на гармонизацию жизнедеятельности индивида
	ИД-2 _{ПК-3} - формирует установки, направленные на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей	формирует установки на ведение здорового образа жизни, воспитание ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих, а также обеспечение грамотности в вопросах здоровьесбережения

Раздел 1. Предпосылки психосоматических расстройств

Практическое занятие № 1

Тема: Психосоматические идеи в истории науки

Цель: формирование представлений о психосоматических подходах в интерпретации психосоматических заболеваний.

Формируемые компетенции и индикаторы: УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

Вопросы:

1. Исторический подход к пониманию психосоматики.
2. Психосоматическая симптоматика и психосоматическая медицина.
3. Возникновение терминов «психосоматика» и «соматопсихика».
4. Современные тенденции развития психосоматики.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать философские предпосылки развития психосоматики, рассмотреть проблему взаимоотношения души и тела с позиции соматоцентрического (механистического) подхода, подхода психофизического параллелизма (дуалистического), духовного (психоцентрического) подхода.

По второму вопросу: при подготовке к занятию студент должен охарактеризовать медицинские предпосылки развития психосоматики.

По третьему вопросу: при подготовке к занятию студент должен охарактеризовать актуальность проблемы связи психической и соматической «сфер», рассмотреть возникновение терминов «психосоматика» и «соматопсихика».

По четвертому вопросу: при подготовке к занятию студент должен охарактеризовать современные тенденции развития психосоматики.

Основные понятия: психосоматика, психосоматическая медицина, психосоматозы.

Задания:

Законспектируйте статью Николаевой В.В., Ариной Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // *Вестник МГУ. Серия 14. Психология*, 1996, №2. С. 8-18.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 2

Тема: Психосоматика как область междисциплинарных исследований: в поисках предмета психологического изучения

Цель: формирование представлений о психосоматической проблеме как междисциплинарной, феноменологическом подходе к телесности и проблеме предмета психологического изучения в психосоматике.

Формируемые компетенции и индикаторы: УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

Вопросы:

1. Психосоматика как психологическая дисциплина: предмет, задачи психологического изучения психосоматических явлений, междисциплинарные связи.
2. Нейрофизиологические предпосылки психосоматических расстройств.
3. Факторы возникновения психосоматических патологий.
4. Патогенез психосоматических заболеваний.
5. Симптомы психосоматических нарушений.
6. Классификация психосоматических заболеваний.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать психосоматику как междисциплинарное научное направление, рассмотреть предмет психосоматики и основные практические задачи психологического изучения психосоматических явлений.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать нейрофизиологические предпосылки психосоматических расстройств.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать факторы возникновения психосоматических заболеваний (внутренний конфликт частей личности, мотивация по типу условной выгоды, эффект внушения (другим лицом), «элементы органической речи», идентификация, самонаказание, травматический опыт прошлого, алекситимия; наследственно-конституциональные факторы, психоэмоциональные, или психогенные, органические.); рассмотреть причины психосоматических нарушений (экзогенные и эндогенные); зависимость возникновения психосоматических заболеваний от различных условий.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть особенности патогенеза психосоматических заболеваний, зависимость развития патологического процесса от индивидуальных особенностей организма; охарактеризовать континуум патологических состояний (М.Ю. Дробижев, Э.Н. Ищенко, К.А. Батулин, 2000).

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен сформировать представление о симптомах психосоматических нарушений, охарактеризовать диагностическую значимость различных симптомов и их специфичность. Студент в ходе подготовки должен рассмотреть.

По шестому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать четыре группы психосоматических расстройств по А.Б. Смулевичу, рассмотреть классификацию психосоматических расстройств по МКБ-10; типы психосоматических расстройств по М. Блейлеру; дать понятие соматоформным расстройствам, органическим неврозам, нозогениям, соматогениям, конверсионным симптомам, функциональным психосоматическим синдромам, психосоматозам.

Основные понятия: психосоматика, психосоматические расстройства, соматоформные психические расстройства, органические неврозы, нозогении, соматогении, конверсионные симптомы, органические психосоматические болезни (психосоматозы),

психосоматические реакции, соматизированные психические реакции, соматопсихическая коморбидность.

Задания:

1. Законспектируйте главу 1 «Предпосылки психосоматических расстройств» // *Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003.*
2. Законспектируйте статью Ариной Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // *Телесность человека: междисциплинарные исследования (сборник факультета психологии МГУ). – М., 1991. С.45-54.*
3. Составьте схему «Классификация психосоматических заболеваний».

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 3

Тема: Основные теоретические подходы зарубежной психосоматики

Цель: формирование представлений об исторических и методологических предпосылках становления психосоматического направления в медицине.

Формируемые компетенции и индикаторы: УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

Вопросы:

1. Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Конверсионная модель З. Фрейда.
2. Модель вегетативного невроза и теория векторов Ф. Александера.
3. Теория профилей личности Ф. Данбар.
4. Феномены десоматизации и ресоматизации в концепции М.Шура.
5. Концепция двухфазного вытеснения (защиты) А. Митчерлиха.
6. Когнитивный подход к специфичности психосоматических расстройств – «схема тела» по П. Шильдеру.
7. Концепция алекситимии и ее роль в происхождении психосоматического симптома.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть положения психоаналитической концепции возникновения психосоматических расстройств, описать истерическую конверсию (вытесненный эффект и «язык тела»), охарактеризовать вторую модель психосоматического образования симптомов по З. Фрейду.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть основные положения векторной теории, теории специфических для болезни психодинамических конфликтов Ф. Александера; описать полиэтиологическую природу вегетативного невроза, роль эмоций в психосоматическом симптомообразовании, роль психодинамики эмоций и психологических защит в возникновении дисфункции вегетативно–иннервируемых органов.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать личностные профили соматических больных Ф. Данбар, описать нозотипический характер профилей, их предполагаемое диагностическое и прогностическое значение, роль личностного фактора в симптомогенезе.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать психосоматический симптом как результат ресоматизации функций Я; рассмотреть место феноменов десоматизации и ресоматизации в психосоматическом симптомогенезе.

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть идеи А. Митчерлиха о роли различных (нормальных и патологических) психологических защит в психогенезе симптома, охарактеризовать психосоматический симптом как результат использования незрелых психологических защит.

По шестому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен дать понятие психологической «схемы тела» и описать ее роль в психокоррекционном процессе.

По седьмому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать феномен алекситимии, его основные признаки, происхождение, структуру, роль алекситимии в симптомообразовании и возможности ее психокоррекции; рассмотреть основные положения концепции Р. Сифнеоса.

Основные понятия: психоанализ, истерическая конверсия, вегетативный невроз, психологическая защита, «схема тела».

Задания:

Заполните таблицу «Концепции происхождения психосоматических расстройств»:

	Название концепции	Автор	Основные положения концепции
1.			
2.			

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 4

Тема: Основные теоретические подходы отечественной психосоматики

Цель: формирование представлений об исторических и методологических предпосылках становления психосоматического направления в медицине.

Формируемые компетенции и индикаторы: УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

Вопросы:

1. Гипотеза о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний Быкова-Курцина.
2. Современный интегративный подход в психосоматике. Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Г. Вайнеру.
3. Биопсихосоциальная модель психосоматического симптомогенеза Икскуля и Везиака.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть роль кортико-висцеральных связей в возникновении психосоматических расстройств; охарактеризовать содержание гипотезы о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний К.М. Быкова, И.Т. Курцина, обратить внимание на ограниченность данного подхода.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен дать понятие интегративным моделям в психосоматике, рассмотреть интегративные модели здоровья, болезни и болезненного состояния по Г. Вайнеру.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать основные положения биопсихосоциальной модели Т. Икскуля и В. Везиака.

Основные понятия: психоанализ, истерическая конверсия, вегетативный невроз, психологическая защита, «схема тела».

Задания:

Заполните таблицу «Концепции происхождения психосоматических расстройств»:

	Название концепции	Автор	Основные положения концепции
1.			
2.			

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 5

Тема: Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

Цель: формирование представлений о структуре внутренней картины болезни, этапах становления, условиях и факторах, влияющих на развитие ВКБ в детском возрасте.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-2_{ПК-3} - формирует установки, направленные на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей.

Вопросы:

1. Понятие о ВКБ как особом психосоматическом феномене. Факторы, влияющие на формирование и динамику внутренней картины болезни.
2. Уровни и этапы формирования внутренней картины болезни.
3. Теоретическая модель внутренней картины болезни (М.М. Кабанов).
4. Психосемантическая модель ВКБ Тхостова А.Ш. - Ариной Г.А.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности внутренней картины болезни (ВКБ) и аутопластической картины болезни А. Гольдшейдера; факторы, влияющие на внутреннюю картину болезни (пол, возрастные особенности, профессиональный статус, особенности темперамента, воспитания, личности больного).

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать 4 уровня развития картины болезни, выделенные Николаевой В.В. (чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный), описать этапы формирования отношения к болезни (предмедицинская фаза, фаза ломки жизненного стереотипа, фаза адаптации к болезни, фаза «капитуляции», фаза формирования компенсаторных механизмов).

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию студент должен рассмотреть опыт теоретического моделирования внутренней картины болезни, раскрыть понятие о «церебральном информационном поле болезни» (ЦИПБ) и формируемой на его основе «психологической зоне информационного поля болезни», охарактеризовать роль «схемы тела» в структурно-функциональной организации базиса внутренней картины болезни.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности восприятия болезни и совладающего поведения; рассмотреть ВКБ как проблему психиатрии и клинической психологии, описать личностный смысл болезни.

Основные понятия: внутренняя картина болезни, аутопластическая картина болезни, аллопластическая картина, переживание болезни, «церебральное информационное поле болезни» (ЦИПБ), «информационное поле мозга», схема тела.

Задания:

1. Заполните таблицу: «Классификация типов аутопластической картины болезни» (Р. Конечный, М. Боухал).

	типы	характеристика
1.	нормальная	
2.	пренебрежительная	
3.	отрицающая	
4.	нозофобная	
5.	ипохондрическая	

6.	нозофильная	
7.	утилитарная	

2. Составьте схему: «Уровни психического отражения болезни в психике заболевшего».
3. Законспектируйте Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы исследования «внутренней картины болезни» // *Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.* – Л.: Медицина, 1983. С.38-61.
4. Проведите Методику для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)» (Вассерман Л.И. с соавт., 1987). Напишите заключение по результатам диагностики.

Тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни и соответственно названная ТОБОЛ, была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М.Бехтерева как модель мышления клинического психолога и (или) психоневролога, (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987).

Используется типология отношений к болезни, предложенная А.Е Личко и Н.Л. Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: адаптивность-дезадаптивность, которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и интер-интрапсихическая направленность дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Инструкция: В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

Темы	Номера выбранных утверждений
I Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
III Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
IV Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
V Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VI Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
VII Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
VIII Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
IX Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
X Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
XI Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
XII Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Текст опросника ТОБОЛ

1. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей

8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

2. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

3. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

4. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

5. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает

2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

6. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

7. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии

10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

8. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

9. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

10. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение

4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

11. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

12. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

Правила анализа данных опросника

Получение шкальных оценок и их профиля

1. При анализе используется бланк «Результаты обследования»
2. По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк «Результаты обследования»
3. Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируются, значения 12-ти шкальных оценок, заносятся в графу, обозначенную «сумма».

4. Графически величины шкальных оценок изображают в виде профиля на бланке «Результаты обследования», где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.

Числовое выражение правила диагностики типа отношения к болезни

5. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (*), то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) приравнивается нулю, и такой тип не диагностируется.

6. Для диагностики типа находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны – оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет других шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале.

7. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.

8. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то он исключается из рассмотрения как составляющий.

Таким образом, гармоничный тип диагностируют только как "чистый", т.е. только в том случае, когда шкала этого типа имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностический интервал.

9. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.

Графическое выражение правила диагностики типа отношения к болезни

10. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (*), при диагностике типа отношения к болезни необходимо использовать дополнительный профиль, отражающий скорректированные в соответствии с пунктом 5 шкальные оценки гармоничного, эргопатического, анозогнозического типов.

11. Графически правило диагностики сводится к тому, что на профиле выделяют максимальный пик и проводят горизонталь ниже его вершины на 7 баллов. Если эта горизонталь не пересекает ни один из других пиков профиля, то ставят диагноз "чистого" типа

12. Если горизонталь помимо максимального пика пересекает или касается одного или двух пиков профиля, то ставят диагноз смешанного типа.

Гармоничный тип, согласно пункту 8, не входит составляющим в смешанный тип.

13. Если горизонталь пересекает или касается более трех пиков профиля, диагностируют диффузный тип.

Интерпретация результатов диагностики с помощью опросника ТОБОЛ

I. Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни.

Если диагностируется "чистый" тип отношения к болезни, для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа.

Если диагностируется "смешанный" тип отношения к болезни, интерпретация включает описания типов, являющихся его составляющими.

Целесообразно обращать внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным (например, неврастенический – дисфорический), так и противоречивым (например, ипохондрический – анозогнозический).

При интерпретации типа реагирования на болезнь следует учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся "зачетными" по отношению к диагностируемому типу, а также распределение этих утверждений по темам опросника

(“самочувствие”, “отношение к лечению”, “отношение к работе” и т.п.).

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупность шкальных оценок, отражающих многомерность отношения к болезни, информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.

II. Интерпретация профиля шкальных оценок.

При интерпретации профиля следует обращать внимание на соотношение шкальных оценок в трех областях, соответствующих трем блокам типов отношения к болезни: типы без выраженных нарушений психической и социальной адаптации; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

Может быть выделен блок (или блоки) с большими оценками входящих в него шкал по сравнению с другими блоками. Это позволяет предполагать, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам этого блока.

Если пики шкальных оценок расположены в области одного первого блока, то можно делать вывод о том, что отношение к болезни у больного характеризуется стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у больного с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным соответственно с интерпсихической или интрапсихической направленностью.

Следует особо обращать внимание на величину неоткорректированных шкал первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Если в целом диагностируются типы второго или третьего блоков при высоких показателях по шкалам первого, то это может свидетельствовать о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной в своем поведении в существенной степени руководствуется стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию.

Кроме того, следует обратить внимание на распределение шкальных оценок внутри каждого блока (при этом необходимо рассматривать неоткорректированные оценки шкал первого блока). Такой содержательный анализ дает возможность более дифференцированно описать многомерное отношение к болезни при рассмотрении этого отношения с позиций внутриблоковой направленности.

Дополнительная содержательная информация для понимания своеобразия отношения к болезни у больного может быть получена при анализе распределения зачетных ответов для шкал по 12-ти отдельным темам опросника или по группам тем, которые могут быть составлены психологом в соответствии с задачами исследования.

Например, могут быть объединены темы, связанные с социальным функционированием (“Отношение к родным и близким”, “Отношение к работе”, “Отношение к окружающим”).

При использовании предлагаемого опросника получаемые с его помощью данные рекомендуется рассматривать в контексте данных других экспериментально-психологических методик (опросников, проективных методов и др.).

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 6

Тема: Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

Цель: формирование представлений о структуре внутренней картины болезни, этапах становления, условиях и факторах, влияющих на развитие ВКБ в детском возрасте.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-2_{ПК-3} - формирует установки, направленные на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей.

Вопросы:

1. Психологические (поведенческие) реакции больных на заболевание.
2. Типы отношения к болезни и их связь с ее преодолением.
3. Возрастные особенности ВКБ.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать психологические (поведенческие) реакции больных на заболевание (агравация, симуляция, диссимуляция, анозогнозия).

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать типы личностной реакции на заболевание, выделенные Якубовым Б.А. (содружественная, спокойная, неосознаваемая, следовая, негативная, паническая, разрушительная), типы отношения к болезни, описанные Р. Баркер (избегание дискомфорта с аутизацией, замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей, игнорирующее поведение с вытеснением признания, компенсаторное поведение, невротические реакции), типы отношения к болезни Личко А.Е. (гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический).

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать возрастные особенности внутренней картины болезни.

Основные понятия: внутренняя картина болезни, аутопластическая картина болезни, аллопластическая картина, переживание болезни, «церебральное информационное поле болезни» (ЦИПБ), «информационное поле мозга», схема тела, агривация, симуляция, диссимуляция, анозогнозия.

Задания:

1. Заполните таблицу: «Типы личностной реакции на заболевание».

автор	тип	описание

2. Решите ситуационные задачи:

Задача 1. Больной на приеме у врача с трудом вступает в контакт, проявляя подозрительность и недоверие. Впоследствии не придает серьезного значения его указаниям и рекомендациям, осложняя взаимодействие, что может привести к конфликту с медицинским персоналом. Какой описывается тип личностной реакции пациента?

Задача 2. После полученной травмы спортсмен вновь возвращается к усиленным тренировкам, игнорируя указания врача на время реабилитации снизить интенсивность профессиональных нагрузок. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

Задача 3. Пациентка одновременно лечится в разных лечебных учреждениях, после просмотра телепередачи о своей болезни находится во власти страха, по совету соседки обращается к знахарке. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

Задача 4. Пациент всегда вовремя приходит на консультацию к врачу, со вниманием и послушанием относится ко всем рекомендациям и назначениям. Он безгранично доверяет своему лечащему врачу и признателен ему за помощь. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

Задача 5. Пациент с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами относится к своему заболеванию очень спокойно, хотя точно выполняет лечебно-оздоровительные мероприятия и всегда вовремя приходит на консультации к врачу. Зачастую такой пациент не осознает свою болезнь. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

Задача 6. Пациент благополучно прошел курс лечения, однако он постоянно находится во власти болезненных сомнений в ожидании рецидива заболевания. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

Задача 7. Определите тип отношения к болезни (по А.Е. Личко) в следующих случаях:

- ~ Правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
- ~ Доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым.
- ~ Вспышки гнева с требованиями от близких угождения во всем.
- ~ «Уход» от болезни в работу, желание сохранить работоспособность.
- ~ Уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении результатом халатности медицинского персонала.

Задача 8. Определите тип отношения к болезни (по А.Е. Личко) в следующих случаях:

- ~ Активное отбрасывание мысли о болезни, игнорирование всех симптомов.
- ~ «Уход в болезнь» с выставлением на показ своих страданий, требование к себе постоянного внимания и особого отношения.
- ~ Бесперывное беспокойство и мнительность, вера в примеры и ритуалы, поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни.
- ~ Чувствительный к межличностным отношениям, очень раним и впечатлителен, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких

Задача 9. Определите тип отношения к болезни (по А.Е. Личко) в следующих случаях:

- ~ Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Стремление постоянно рассказывать о своих переживаниях врачу и всем окружающим.
- ~ Полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению, утрата интереса к жизни.
- ~ Поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем - слезы и раскаяние.
- ~ Неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (опасность суицида).

Задача 10. Определите тип реагирования в следующих случаях:

- ~ Больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача
- ~ Больные, склонные переоценивать значимость отдельных симптомов болезни
- ~ Пациент недооценивает своего состояния и тяжести заболевания

~ Полное отрицание болезни как таковой, активное отбрасывание мыслей о болезни

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 7

Тема: Экспериментально-психологическое исследование в клинике соматических заболеваний

Цель: формирование представлений о принципах, методах диагностики больных с психосоматическими расстройствами.

Формируемые компетенции и индикаторы: УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

Вопросы:

1. Особенности построения экспериментально-психологического исследования в клинике соматических заболеваний.
2. Принципы экспериментально-психологических исследований больных в соматической клинике.
3. Этапы экспериментально-психологического исследования в клинике соматических заболеваний.
4. Особенности диагностической беседы с психосоматическими пациентами.
5. Психологические тесты в психосоматической практике, основанные на самоотчетности пациентов.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать цель клинико-психологического исследования, его основные задачи, компоненты клинико-психологической диагностики; раскрыть значение нозологической парадигмы и описательно-феноменологической парадигмы.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать принципы построения клинико-психологического исследования в соматической клинике; описать мультимодальность как ведущий принцип клинико-психологической диагностики исследований в психосоматической медицине.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать 4 этапа клинико-психологического исследования - этап формулирования клинической задачи, беседа с пациентом, экспериментально-психологический, составление заключения.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности диагностической беседы больных с психосоматическими расстройствами (целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности, провокационный характер беседы), принципы интервьюирования психосоматических пациентов, типы вопросов (линейные, циркулярные, стратегические, рефлексивные).

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать основные принципы при выборе комплекса методик (относительная простота применяемых методик; быстрота их проведения; полнота изучения исследуемого явления; взаимная дополняемость применяемых методик, высокая суммарная валидность, достаточная чувствительность к изменению наблюдаемого явления у здоровых и больных, а также к изменению показателей в течение лечения); описать рекомендуемые методики экспериментально-психологического исследования соматических больных (тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера, личностный опросник Айзенка, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея и др.).

Основные понятия: психологический диагноз, симптоматический диагноз, диагностическая беседа, психологические тесты, патопсихологический эксперимент, диагностическое интервью, проективный тест.

Задания:

1. Заполните таблицу «Принципы экспериментально-психологических исследований соматических больных».

Принцип	Характеристика

2. Заполните таблицу «Психологические методики в психосоматической практике».

Диагностическая методика	Автор	Цель методики

3. Проведите экспериментально-психологическое исследование с использованием методики «Мультимодальный опросник жизненной истории» // Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия*. СПб.: Речь, 2001.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:**Основная литература:**

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Раздел 2. Клинические проявления психосоматических расстройств

Практическое занятие № 8

Тема: Психопатологические проявления соматизированной депрессии

Цель: формирование представлений о клинических проявлениях соматизированной депрессии, ее механизмах возникновения и особенностях диагностики.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Понятие соматизированной депрессии.
2. Формы соматизированной депрессии (В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина).
3. Маски соматизированной депрессии.
4. Вегетативная депрессия Р. Лемке.
5. Психопатологические проявления соматизированной депрессии:
 - ~ астенические расстройства.
 - ~ болезненные ощущения.
 - ~ ипохондрические опасения и страхи.
6. Диагностика соматизированной депрессии.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать сущность маскированных депрессий; рассмотреть особенности патогенеза и возрастной зависимости соматизированной депрессии.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать характерологические сдвиги при психосоматическом расстройстве; 5 основных вариантов скрытой депрессии, выделенных В.Ф. Десятниковым, Т.Т. Сорокиной (алгическо-сенестопатический, агрипнический, диэнцефальный, обсессивно-фобический и наркоманический).

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть причины, вызывающие трудности распознавания соматизированных депрессий, охарактеризовать варианты маскированных депрессий (по А. Б. Смулевичу) по признаку доминирующих феноменов: «маски» в форме психопатологических расстройств, «маски» в форме нарушения биологического ритма, «маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств, «маски» в форме алгий, «маски» в форме патохарактерологических расстройств.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности вегетативной депрессии как разновидности соматизированной циклотимической депрессии, при которой диагностический центр тяжести находится на стороне телесных ощущений, а признаки подавленного настроения отходят на задний план, описать клиническую картину вегетативной депрессии.

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать психопатологические проявления соматизированной депрессии: астенические расстройства, болезненные ощущения, ипохондрические ощущения и страхи.

По шестому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть особенности дифференциальной диагностики соматизированной и эндогенной депрессии, основные причины диагностических ошибок при соматизированной депрессии, признаки психогенности характера жалоб пациентов.

Основные понятия: депрессия, соматизированные (маскированные) депрессии, ипохондрическая депрессия, «мимикрические» депрессии латентная депрессия, вегетативная депрессия, инсомния, астения, астеническая гиперестезия, алгопатия, парестезии, психалгии (идиопатические алгии), сенестопатии, сенестезии, алекситимия.

Задания:

1. Проведите исследование релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых жалоб с помощью Шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory). Напишите заключение по результатам диагностики.

Методика предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе».

Опросник

1

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

0 Я не тревожусь о своем будущем.
1 Я чувствую, что озадачен будущим.
2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

0 Я не чувствую себя неудачником.
1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
3 Я полностью не удовлетворен жизнью, и мне все надоело.

5

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
1 Я чувствую, что могу быть наказан.
2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
3 Я чувствую себя уже наказанным.

7

0 Я не разочаровался в себе.
1 Я разочаровался в себе.
2 Я себе противен.
3 Я себя ненавижу.

8

0 Я знаю, что я не хуже других.
1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

0 Я никогда не думал покончить с собой.
1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
2 Я хотел бы покончить с собой.
3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

0 Я плачу не больше, чем обычно.
1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
2 Теперь я все время плачу.
3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12

0 Я не утратил интереса к другим людям.
1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям.

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.

1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.

3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Обработка и интерпретация результатов:

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 – умеренная депрессия
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

- Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)
- Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

2. Проведите исследование уровня алекситимии при помощи Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS) // *Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Методическое пособие* СПб, 1994. Напишите заключение по результатам диагностики.

Термин «алекситимия» буквально переводится, как «без слов для чувств» или «нет слов для названия чувств». Алекситимия означает сниженную способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний и представляет собой состояние, которое человек переживает в результате длительного воздействия стресса. Алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации. Негативные последствия длительного стресса накапливаются, вызывают сначала напряжение, потом перенапряжение защитных сил человеческого организма. Согласно с концепцией алекситимии, перенапряжение защитных сил может заканчиваться срывом и развитием психосоматических расстройств.

Уровень алекситимии можно измерить при помощи специального опросника — Торонтской Алекситимической Шкалы, адаптированной в Институте им. В. М. Бехтерева.

Инструкция: Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен, 2) скорее не согласен, 3) ни то, ни другое, 4) скорее согласен, 5) совершенно согласен.

Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS)

	утверждения	соверш енно не согласен	скор ее не согласен	ни то, ни другое	скор ее согласен	соверш енно согласен
		1	2	3	4	5
1.	Когда я плачу, всегда знаю, почему					
2.	Мечты - это потеря времени					
3.	Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4.	Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5.	Я часто мечтаю о будущем					
6.	Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и					

	другие					
7.	Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8.	Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9.	Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10.	У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11.	Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12.	Я способен с легкостью описать свои чувства					
13.	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14.	Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15.	Я часто даю волю воображению					
16.	Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17.	Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18.	Я редко мечтаю					
19.	Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20.	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21.	Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22.	Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23.	Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24.	Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25.	Я не знаю, что происходит					

	внутри меня					
26	Я часто не знаю, почему я сержусь					

Обработка и интерпретация данных

Подсчет баллов осуществляется таким образом:

1) ответ «совершенно не согласен» — оценивается в 1 балл, «скорее согласен» — 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

2) отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов, 2 — 4, 3 — 3, 4 — 2, 5 — 1);

3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности».

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже.

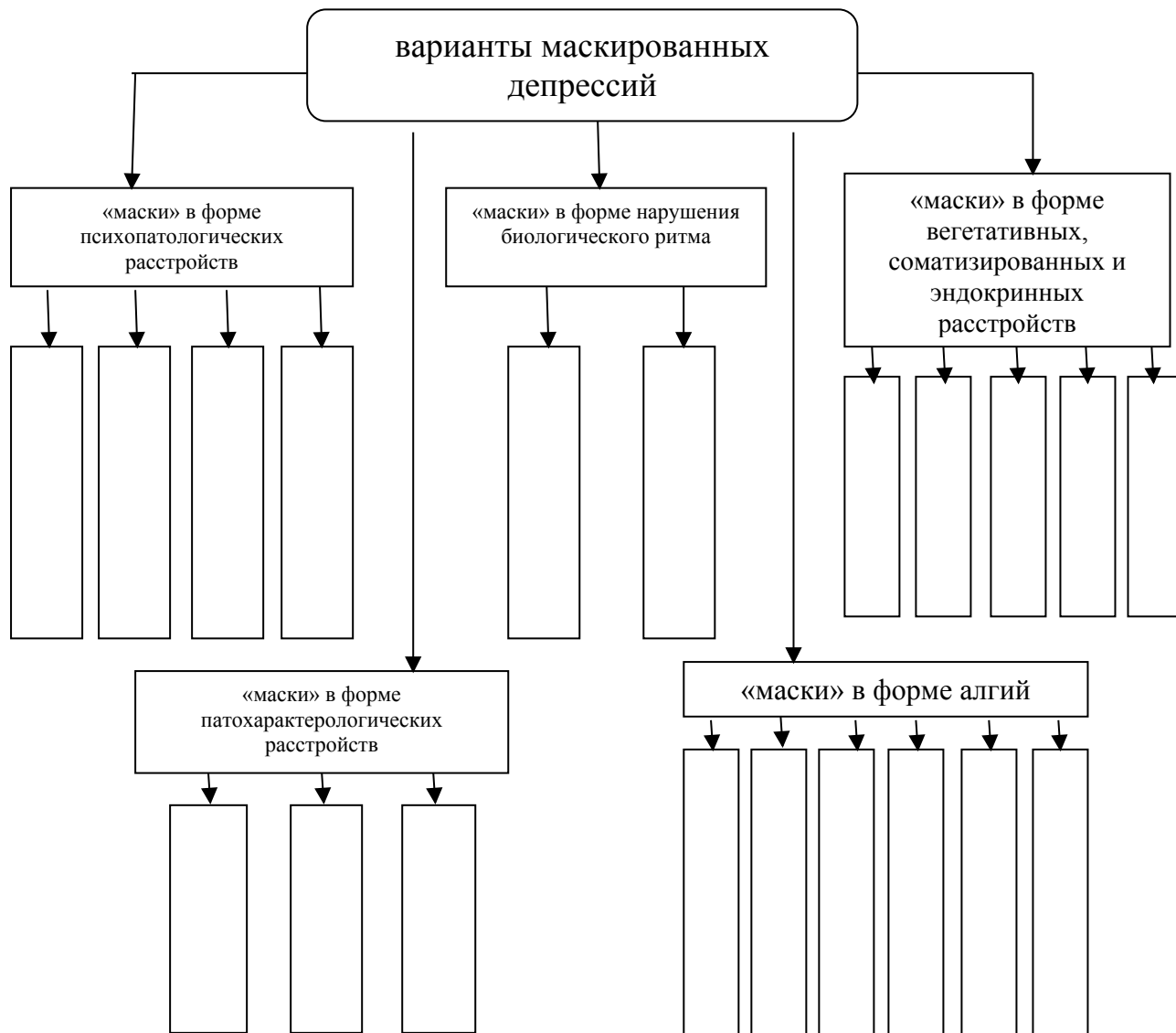
Итак, если Вы набрали более 74 баллов, вы попадаете в группу алекситимичных личностей. У людей, оказавшихся в этой группе, есть выраженное психотравмирующее воздействие (тяжелый стресс) и они нуждаются в заботе и помощи со стороны врача.

Если Вы набрали от 63 до 73 баллов, Вы попадаете в группу риска. Это значит, что негативное воздействие стресса есть, но об алекситимии в полной мере говорить пока нельзя.

Здесь существует возможность, что организм перенес ранее стресс и теперь возвращается к нормальному состоянию. А возможно переживание негативного воздействия сейчас и имеет место пока еще не заметное движение к алекситимии. Иными словами, если Вы оказались в этой группе, есть смысл задуматься.

Если Вы набрали менее 62 баллов, у Вас нет затруднений в вербализации эмоциональных состояний и Вы не относитесь к числу алекситимичных личностей.

3. Заполните схему «Маски соматизированной депрессии (по А.Б. Смулевичу)» // *Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. — М.: Эксмо, 2003*



Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 9

Тема: Псевдоневрологические расстройства

Цель: формирование представлений об особенностях псевдоневрологических расстройств.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Классификация расстройств чувствительности.
2. Психогенные невралгии.
3. Псевдокорешковый синдром.
4. Психогенная головная боль.
5. Тимопатическое головокружение.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть наиболее характерные варианты расстройств чувствительности в зависимости от уровня поражения (поражение на уровне коры и подкорковых образований, поражение на уровне продолговатого мозга, поражение на уровне спинного мозга); типы и степени расстройства чувствительности (анестезия, гипестезия, гипальгезия, гиперестезия, гиперальгезия, гиперпатия, невралгия, каузалгия).

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать сущность невралгических явлений и особенности клинической картины; рассмотреть клиническую картину невралгии тройничного нерва и особенности ее дифференциальной диагностики; описать клиническую картину неврита лицевого нерва и особенности ее дифференциальной диагностики; дать характеристику полиневриту.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать клиническую картину псевдокорешкового синдрома.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать типы головных болей (головная боль напряжения, гипертонические головные боли, мигренозный тип, кластерные головные боли, менструальная головная боль, нагрузочный тип, окклюзионный тип и др.); описать особенности головной боли как одной из наиболее стойких жалоб больных при невротических и псевдоневрологических состояниях.

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать клиническую картину головокружений, обмороков и «пароксизмов упадка сил».

Основные понятия: анестезия, гипестезия, гипальгезия, гиперестезия, гиперальгезия, гиперпатия, каузалгия, невралгия, неврит, полиневрит, мигрень, синдром беспокойных ног, паралич, парез, судороги, синкинезии.

Задания:

Законспектируйте главу «Исследование чувствительности» // *Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003.*

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 10

Тема: Псевдоневрологические расстройства

Цель: формирование представлений об особенностях псевдоневрологических расстройств.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Синдром беспокойных ног.
2. Психогенные дискинезии.
3. Психогенные синкинезии.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать довольно частое и очень демонстративное клиническое проявление аффективных расстройств в клинике меланхолии и так называемой депрессии без депрессии - синдром беспокойных ног.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать варианты нарушения мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус, гипертония при повышении пластического тонуса) и нарушения координации движений (двигательная и статическая атаксия); рассмотреть клиническую картину «писчего спазма».

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен рассмотреть виды патологических синкинезий (координационные, имитационные, глобальные / спастические), охарактеризовать гиперкинетические состояния (судороги; насильственные движения - атетоз, торсионный спазм, хореический гиперкинез; миоклония; фибриллярные и фасцикулярные подергивания; тремор, тики).

Основные понятия: анестезия, гипестезия, гипальгезия, гиперестезия, гиперальгезия, гиперпатия, каузалгия, невралгия, неврит, полиневрит, мигрень, синдром беспокойных ног, паралич, парез, судороги, синкинезии.

Задания:

Проведите психодиагностическое исследование доминирующего инстинкта с помощью Опросника Гарбузова

Инструкция: «Отметьте знаком «+» наиболее близкие и волнующие Вас проблемы и утверждения напротив номера соответствующего утверждения в бланке для ответов».

1. Вы уделяете достаточно времени и усилий проблеме сохранения своего здоровья, полагая, что здоровье превыше всего?
2. Вас чрезвычайно волнует здоровье ваших детей?
3. Вас волнуют и огорчают проявления недоброжелательности людей по отношению друг к другу, отсутствие у многих истинной доброты?
4. Вы однозначно отдаете предпочтение исследовательской, экспериментальной, поисковой работе?
5. Вы всегда стремитесь к лидерству и для Вас карьера — естественное самоутверждение человека?
6. Вас возмущают все формы подавления человека человеком, в том числе человека — государством?

7. Вы ни при каких обстоятельствах не потерпите высокомерия по отношению к Вам?
8. Вы полагаете, что человек не должен упускать ни мига радости и удовольствия, поскольку жизнь одна и другой не будет?
9. Вас особенно волнуют проблемы, связанные с благополучием Вашей семьи?
10. Вы глубоко цените способность ощущать состояние другого человека, понимать его переживания?
11. Вы мечтаете о работе в коллективе увлеченных и талантливых людей?
12. Вы предпочитаете управленческую, организационную работу и Вам близки утверждения: «Не мешайте деловым людям, и тогда придет изобилие»?
13. Если бы Вам предложили на выбор карьеру, богатство, безопасность или свободу, выбрали бы вы без колебаний свободу?
14. Вы всегда на стороне тех, кто готов поступиться благополучием ради сохранения своей чести и родовой гордости?
15. Вы не приемлете риска здоровьем и благополучием даже ради самых заманчивых целей и предложений?
16. Вас болезненно сильно волнует безопасность Ваших детей?
17. Вы особенно сильно цените бескорыстие в отношениях между людьми?
18. Вы отлично понимаете людей, готовых покинуть обжитое место и уехать на новые земли, если там начинается новое и интересное дело?
19. Для Вас более приоритетна перспектива служебного роста, чем материальные стимулы?
20. Вы полагаете, что из всех прав человека важнейшее — свобода слова, передвижения, вероисповедания?
21. Вам нравятся люди, ведущие самоотверженную борьбу против всех форм унижения человека человеком, человека — государством и имеющие право сказать: «В нашем роду не было подлецов»?
22. Вы полагаете, что самая большая глупость на свете—с запозданием обратиться к врачу и, тем самым, запустить болезнь?
23. Вас чрезвычайно волнует и тревожит будущее Ваших детей?
24. Вы тяжелее переживаете беды и несчастья своего народа, чем свои собственные?
25. Вас раздражает инертность либо противодействие бездарных, облеченных властью людей по отношению к новому, прогрессивному, талантливому?
26. Вы готовы к жесткой борьбе с конкурентами в главном для Вас деле?
27. Вас чрезвычайно сильно интересует независимость от кого бы то ни было и от чего бы то ни было?
28. Вы особо нетерпимы ко всем формам ущемления Вашего «Я» и Ваше кредо — «Честь превыше всего»?
29. Вы абсолютно согласны с философом, утверждавшим, что «все вокруг имеет смысл, пока есть Я»?
30. Лучше всего Вы чувствуете себя в кругу своей семьи. Она Ваша отрада, и Ваше кредо: «Мой дом — моя крепость»?
31. Вас болезненно сильно заботит и огорчает отсутствие заботы о слабых, больных, инвалидах и о пожилых людях?
32. Вас восхищают люди, готовые поступиться благополучием, здоровьем ради реализации своих творческих устремлений?
33. Вы цените людей дела, результата, сильную руку в управлении?
34. Вы не терпите ограничений в своей деятельности, в своей жизни, в своей свободе?
35. Вы согласны с тем, что при любых обстоятельствах и перед лицом любой угрозы следует действовать в соответствие с кредо: «Лучше умереть стоя, чем жить на коленях»?

Обработка результатов

	Типы инстинктов						
	I	II	III	IV	V	VI	VII

	1	2	3	4	5	6	7
Номера вопросов	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	32	33	34	35

Наибольшая сумма баллов укажет на доминирующий инстинкт и на типовую принадлежность:

I. «Эгофильный тип» (инстинкт самосохранения)

С раннего детства у человека этого типа проявляется склонность к повышенной осторожности, ребенок не отпускает мать от себя ни на миг, боится темноты, высоты, воды и т. п., нетерпим к боли (отказы от лечения зубов; от посещения врачей и т.п.); на базе этого типа формируется личность с выраженной эгоцентричностью, тревожной мнительностью, склонностью при неблагоприятных обстоятельствах к навязчивым страхам, фобиям или истерическим реакциям. Это люди, для которых «безопасность и здоровье — превыше всего!», а их кредо: «Жизнь одна и больше не будет». Эволюционная целесообразность наличия данного типа заключается в том, что его носители, сохраняя себя, являются хранителями генофонда рода, племени.

Для «эгофильного типа» характерны следующие ведущие качества:

- Эгоцентричность;
- Консерватизм;
- Готовность поступиться социальными потребностями ради собственной безопасности;
- Отрицание риска;
- Тревожность в отношении своего здоровья и благополучия.

II. «Генофильный тип» (инстинкт продолжения рода)

Для него характерна своеобразная разновидность эгоцентризма, когда «Я» замещается понятием «Мы» (под «Мы» подразумевается семья) вплоть до отрицания «Я». Ценности, цели, жизненный замысел подчинены одному – интересам детей, семьи. Уже в детстве интересы этого типа людей фиксированы на семье и такой ребенок спокоен только тогда, когда отец и мать вернулись с работы, вся семья в сборе, все здоровы и у всех хорошее настроение, он обостренно чувствует разлад в семье, и в этом случае у него возникает депрессивная невротическая реакция с энурезом и т. п. Это люди, которые ценят «интересы семьи превыше всего», а их кредо: «Мой дом — моя крепость». Эволюционная целесообразность наличия данного типа заключается в том, что его носители — хранители семьи, хранители генофонда рода, хранители жизни.

«Генофильному типу» присущи ведущие качества:

- Сверхлюбовь к своим детям;
- Семейственность;
- Сверхзабота о безопасности и здоровье своих детей;
- Тенденция к отрицанию своего «Я» в пользу «Мы» (семьи);
- Сверхтревожность относительно будущего своих детей.

III. «Альтруистический тип»

Для людей этого типа характерны доброта, эмпатия, заботливость к близким, особенно к пожилым, способны отдать другим последнее, даже необходимое ему самому. Они убеждены, что не может быть хорошо всем, если плохо кому-то одному, а их кредо — «Доброта спасет мир, доброта превыше всего». И они эволюционно хранители доброты, мира, хранители жизни.

Для «альтруистического типа» характерны ведущие качества:

- Доброта;
- Сопереживание, понимание людей;
- Бескорыстность в отношениях с людьми;
- Забота о слабых, больных;

- Миролюбие.

IV. «Исследовательский тип»

У людей этого типа с раннего детства отмечается любознательность, стремление во всем добаться до сути, склонность к творчеству. В начале этих людей интересует все, но далее все сильнее и сильнее захватывает какое-то одно страстное увлечение. Путешественники, изобретатели, ученые — лица этого типа. Их кредо — «Творчество и прогресс — превыше всего». Эволюционная целесообразность этого типа очевидна.

«Исследовательскому типу» присущи:

- Склонность к исследовательской деятельности;
- Склонность к поиску нового, новаторство в науке, искусстве и т. д.;
- Способность без колебаний оставлять обжитое место, налаженное дело при появлении новых, требующих риска, но интересных дел и задач;
- Устремленность к творчеству;
- Самоотверженность в реализации творческих устремлений.

V. «Доминантный тип» (инстинкт доминирования)

С раннего детства наблюдается стремление к лидерству, умение организовать игру, поставить цель, проявить волю для ее достижения, формируется личность, знающая, чего она хочет и как достигнуть желаемого, упорная в достижении цели, готовая к продуманному риску, умеющая разбираться в людях и повести их за собой. Кредо этого типа: «Дело и порядок превыше всего»; «Один — ничто, все — все»; «Будет хорошо всем — будет хорошо каждому». Эволюционная целесообразность наличия этого типа, рождающего лидеров, организаторов, политиков в том, что они хранители интересов и чести всего рода.

Для «доминантного типа» характерны:

- Склонность к лидерству, к власти;
- Предрасположенность к решению сложных организационных задач;
- Приоритет перспектив служебного роста над материальными стимулами;
- Готовность к жесткой борьбе за лидерство, за первое место;
- Приоритет общего (интересов дела, коллектива) над частным (интересами одного человека).

VI. «Либертофильный тип» (инстинкт свободы)

Уже в колыбели дитя этого типа протестует, когда его пеленают. Склонность к протесту против любого ограничения его свободы растет вместе с ним.

Для людей этого типа характерны стремление к самостоятельности, отрицанию авторитетов (родителей, учителей), терпимость к боли, склонность рано покидать отчий дом, предрасположенность к риску, упрямству, негативизму, нетерпимости рутины, бюрократизма. Кредо таких людей: «Свобода превыше всего». И они -хранители интересов и свободы каждого, индивидуальности, они естественно ограничивают тенденции лиц «доминантного типа». Они хранители свободы, а с этим — жизни.

«Либертофильному типу» присущи:

- Склонность к протесту, бунтарству;
- Предрасположенность к перемене мест (отрицание будничности);
- Стремление к независимости;
- Склонность к реформаторству, революционным преобразованиям;
- Нетерпимость к любым формам ограничений, к цензуре, к подавлению «Я».

VII. «Дигнилофильный тип» (инстинкт сохранения достоинства)

Уже в раннем детстве человек этого типа способен уловить иронию, насмешку и абсолютно нетерпим к любой форме унижения. Характерна безоглядность, готовность поступиться всем в отстаивании своих прав, непоколебимая позиция «Честь превыше всего». Инстинкт самосохранения у такого человека на последнем месте. Во имя чести и достоинства эти люди без колебания идут на Голгофу. Привязанность к семье выражается в форме сохранения фамильной чести: «В нашем роду не было подлецов и трусов».

Эволюционная целесообразность наличия такого типа заключается в том, что его носители - хранители чести и достоинства «Я», личности, а с этим. - жизни, достойной человека.

Для «дигнилофильного типа» характерны:

- Нетерпимость к любым формам унижения;
- Готовность поступиться благополучием и социальным статусом во имя собственного достоинства;
- Приоритет чести и гордости над безопасностью;
- Бескомпромиссность и прямота в отношениях с лидерами;
- Нетерпимость ко всем формам ущемления прав человека.

Если равное количество баллов окажется у двух инстинктов, то респонденту свойственен смешанный тип. Чрезвычайно информативно отсутствие баллов по инстинктам альтруизма, самосохранения, продолжения рода.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 11

Тема: Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы

Цель: формирование представлений о психосоматических расстройствах при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Место психогенных кардионеврозов в современной медицинской практике. Причины развития кардионеврозов.
2. Психогенная кардиалгия, ее отличие от приступа стенокардии.
3. Кардиофобии: клинико-психологические аспекты.
4. Психогенные расстройства сердечного ритма: клинико-психологические аспекты.
5. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) при неизменных коронарных сосудах.
6. Психосоматические аспекты эссенциальной артериальной гипертензии.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать причины развития и место психогенных кардионеврозов в современной медицинской практике; описать влияние личности больного на формирование кардионевроза.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать симптомы психогенной кардиалгии, классификацию кардиалгий (внесердечные, сердечные), описать состояние больного при возникновении болей, интенсивность, продолжительность, локализацию и иррадиацию, характер болей; рассмотреть особенности дифференциальной диагностики психогенных кардиалгий.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать причины и механизм развития кардиофобии, наиболее распространенные формы кардиофобий (псевдоревматическая, псевдоинфарктная), описать особенности поведения и психологии больных кардиофобией, описать дифференциально-диагностические признаки: ипохондрический склад личности, данные ЭКГ.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать типичные симптомы психогенной аритмии, описать дифференциально-диагностические критерии: жалобы, суточные колебания, психофизиологические особенности больных, данные ЭКГ.

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен раскрыть отличия классической и психогенной стенокардии; охарактеризовать клиническую картину психогенной стенокардии.

По шестому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать картину личности при эссенциальной гипертензии (гипертонической болезни).

Основные понятия: кардиалгия, кардиофобия, аритмия, стенокардия, ревматизм, эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь).

Задания:

1. Законспектируйте статью Крылова А.А., Крыловой Г.С. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью // *Клиническая медицина*. – 2001. - № 6. С. 56-57.
2. Заполните таблицу «Отличительные особенности классической и психогенной стенокардии» // *Психосоматические заболевания: полный справочник* / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003.

классическая стенокардия	психогенная стенокардия

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 12

Тема: Психосоматические расстройства при заболеваниях дыхательной системы

Цель: формирование представлений об особенностях психосоматических расстройств при заболеваниях органов дыхания.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Психогенная одышка: особенности жалоб, отличие от одышки соматического происхождения.
2. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы.
3. Гипервентиляционный синдром: клинико-психологические аспекты.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности возникновения психогенной одышки и ее основные симптомы.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать виды бронхиальной астмы, особенности патогенеза, патологические компоненты и факторы риска бронхиальной астмы, описать особенности личности астматиков. Особое внимание при ответе необходимо уделить психическим расстройствам при бронхиальной астме (неврозоподобные, астенодепрессивные).

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать клинические особенности, симптоматику и диагностику гипервентиляционного синдрома.

Основные понятия: невротический дыхательный синдром, синдром гипервентиляции, одышка, бронхиальная астма.

Задания:

1. Проведите психологическую диагностику самооценки социальной значимости болезни с помощью Опросника Сердюка. Напишите заключение по результатам диагностики.

Влияние любого хронического соматического заболевания на социальный статус больного, его положение в обществе и микросоциальной среде, круг интересов, уровень притязаний издавна не вызывает сомнений у клиницистов.

Естественно, что хроническое соматическое страдание приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности больного человека, необходимости формирования нового жизненного стереотипа.

При этом не так важно, насколько существенную роль в возникновении и течении данного заболевания можно отвести психогенным факторам и можно ли его с уверенностью отнести к психосоматическим заболеваниям или нет.

Исследования, проведенные на достаточно презентабельном массиве больных полярными с точки зрения психосоматической природы заболеваниями: с одной стороны, классическим психосоматозом – язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; а с другой стороны – таким заболеванием, которое никто из авторитетных специалистов не относит к психосоматическим – мочекаменной болезнью, показали, что, несмотря на абсолютно разную природу этих заболеваний, их дезадаптирующее влияние

на социальный статус больных ни по частоте, ни по степени выраженности практически ничем не отличается и отмечается почти в ста процентах случаев (Михайлов и др., 2002).

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а следовательно, и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации, ибо изменение отношения больного к своему страданию наряду с купированием невротической симптоматики и воздействием на патогенетические механизмы психосоматического заболевания – одна из главных задач психотерапии в соматической клинике.

Вместе с тем клинические наблюдения показывают, что разные больные зачастую вкладывают в понимание такой самооценки совершенно разное содержание.

На основании опроса двух тысяч больных различными хроническими соматическими заболеваниями был разработан формализованный опросник, позволяющий выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса больных (Михайлов и др., 2002).

Инструкция. Вам предлагается 10 утверждений и 5 вариантов ответов. После каждого ответа поставьте крестик в одной колонке, соответствующей вашему согласию или несогласию с этим утверждением. Колонка 1 — «наверняка нет», 2 — «скорее нет», 3 — «затрудняюсь ответить», 4 — «пожалуй, да», 5 — «безусловно да».

1. Из-за болезни у меня снизился прежний уровень работоспособности, я стал (а) слабым (ой), немощным (ой), сам (а) себе неприятен (а).
2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел (а) родным со своей болезнью.
3. Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях.
4. Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются.
5. Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы.
6. Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру.
7. После того, как заболел (а), замечаю изменения в своей внешности, стал (а) некрасивым (ой), неприятным (ой) для окружающих.
8. Моя болезнь сделала меня несчастным (ой), заставляет чувствовать себя не таким (ой), как все.
9. Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей.
10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше зарабатывать.

Обработка результатов. Один из двух последних вариантов ответов свидетельствует о том, что для данного больного высока либо очень высока значимость влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса).

1. Ограничение ощущения силы и энергии.
2. Ухудшение отношения к больному в семье.
3. Ограничение удовольствий.
4. Ухудшение отношения к больному на работе.
5. Ограничение свободного времени.
6. Ограничение карьеры.
7. Снижение физической привлекательности.
8. Формирование чувства ущербности.

9. Ограничение общения.

10. Материальный ущерб.

Расположение результатов в виде векторов на диаграмме позволяет более наглядно судить о степени социальной значимости заболевания для данного больного в целом, а также о тех направлениях, которые следует рассматривать как терапевтические мишени.

2. Решите ситуационные задачи:

Задача 1. В появлении данного заболевания существенное значение имеют истерические личностные черты, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролю и подавлению инициативы своих детей, запрещению спонтанных эмоциональных проявлений, так как в такой семье считается неприличным проявлять свои истинные чувства. О каком заболевании идет речь?

Задача 2. В симптомах данного заболевания усматривают символическое выражение внутриличностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать». Приступы и ухудшения, развиваются при фрустрации бессознательной потребности в зависимости, а у детей - потребности в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Определите заболевание.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 13

Тема: Психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы

Цель: формирование представлений об особенностях психосоматических расстройств при заболеваниях пищеварительной системы.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Психогенная тошнота и рвота.
2. Психосоматические расстройства при язвенной болезни.
3. Абдоминальные алгии.
4. Функциональные нарушения тонуса и моторики полых органов брюшной полости:
 - ~ спастические сокращения пищевода;
 - ~ синдром раздраженного желудка;
 - ~ синдром раздраженной толстой кишки.
5. Функциональные запоры и поносы.
6. Психосоматические расстройства при заболеваниях печени
7. Диагностика псевдоорганических расстройств пищеварения.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать патофизиологические механизмы тошноты и рвоты, факторы, способствующие возникновению тошноты и рвоты.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать клиническую картину больных с язвами ЖКТ, описать психологические типы язвенных больных, рассмотреть влияние психических стрессов на возникновение язвенной болезни, связь язвенной болезни с конституцией.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать причины возникновения и клиническую картину абдоминальных алгий.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать наиболее распространенные психогенные нарушения пищеварительной системы, нередко имитирующие серьезные органические заболевания - спастические сокращения пищевода (ахалазия, атония), синдром раздраженного желудка, гастроптоз, психогенную гиперхлоргидрию, синдром раздраженной толстой кишки.

По пятому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности функциональных запоров и поносов, причины их возникновения, особенности клинических проявлений (эмоциональная диарея, функциональные «энтериты» и «энтероколиты»), утрата чувства стула.

По шестому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать наиболее распространенные психогенные нарушения при заболеваниях печени.

По седьмому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности диагностики псевдоорганических расстройств пищеварения.

Основные понятия: рвота, изжога, пептическая язва, болезнь Крона, язвенный колит, ахалазия (кардиоспазм), гиперхлоргидрия, дисфагия, гастроптоз, синдром раздраженной толстой кишки (СРТК), эмоциональная диарея, запор, цирроз печени.

Задания:

1. Законспектируйте раздел Губачев Ю.М., Симаненков В.И., Ананьев В.А. Адаптивно-компенсационные психосоматические механизмы реагирования на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки // *В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии.* - Л., 1990. С. 26-32.
2. Законспектируйте статью Марилова В.В. Психогенные тошноты и рвоты (особенности развития и формирования) / В.В. Марилов, М.В. Коркина // *Социальная и клиническая психиатрия.* 2003. - № 4. - С. 5-9.
3. Заполните таблицу: «Типы СРТК в зависимости от коморбидной психической патологии» // *Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева.* – М.: Эксмо, 2003

СРТК при депрессивных расстройствах	СРТК при ипохондрическом развитии	СРТК при тревожно-фобических расстройствах	СРТК при истероипохондрических расстройствах

4. Проведите диагностику и оценку невротических состояний с помощью Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К-78 (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич) // *Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. Ред. В.Д.Менделевич.* – М., 2005. С.432. Напишите заключение по результатам диагностики.

Инструкция: Оцените свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда.

1. Ваш сон поверхностный и беспокойный?
2. Замечаете ли вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна вы чувствуете себя усталым и разбитым (неотдохнувшим)?
4. У вас плохой аппетит?
5. У вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли вы, что прежняя работа дается вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли вы, что стали более рассеянным и невнимательным, забываете, куда положили какую-нибудь вещь, или не можете вспомнить, что только что собирались сделать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т. д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли вы, что потребность в интимной жизни для вас стала меньше или даже стала вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?

17. Приходит ли вам мысль, что в вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
19. Проверяете ли вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т. д.?
20. Беспокоят ли вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда вы расстраиваетесь, у вас бывает так плохо с сердцем, что вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «Скорую помощь»?
22. Бывает ли у вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у вас приступы учащенного сердцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают вас?
25. Испытываете ли вы в пальцах рук и ног или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У вас бывают периоды такого беспокойства, что вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
28. Ожидание вас тревожит и нервирует?
29. У вас кружится голова и темнеет в глазах, если вы резко встанете или наклонитесь?
30. При резком изменении погоды у вас ухудшается самочувствие?
31. Вы замечали, как у вас непроизвольно подергиваются голова и плечи или веки, скулы, особенно когда вы волнуетесь?
32. У вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у вас чувство, что к вам относятся безразлично, никто не стремится вас понять и посочувствовать, и вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли вы затруднения при глотании пищи, особенно когда вы волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у вас находятся в беспокойном движении?
38. Беспокоит ли вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнении?
40. Бывает ли у вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (вас «укачивает» и вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли вы обижаетесь?
46. У вас бывают навязчивые сомнения в правильности ваших поступков или решений?
47. Не считаете ли вы, что ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побыть одному?
49. Вы замечаете, что ваши близкие относятся к вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у вас головные боли?
52. Замечаете ли вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?

53. Совершаете ли вы машинально ненужные действия (протираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т. д.)?
54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрывается ли ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнении?
56. Приходят ли вам на работе мысли, что с вами может неожиданно что-то случиться и вам не успеют оказать помощь?
57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда вы расстраиваетесь?
58. Приходят ли вам мысли, что ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем вы?
59. Бывают ли у вас запоры или поносы?
60. Когда вы расстраиваетесь, у вас бывает отрыжка или тошнота?
61. Прежде чем принять решение, вы долго колеблетесь?
62. Легко ли меняется ваше настроение?
63. При расстройствах у вас появляется зуд кожи или сыпь?
64. После сильного расстройства вы теряли голос или у вас отнимались руки или ноги?
65. У Вас повышенное слюноотделение?
66. Бывает ли, что вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
67. Бывает ли, что вы испытываете сильное чувство голода, а, едва начав есть, быстро насыщаетесь?
68. У вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты вы сами?

Обработка результатов

Для удобства обработки рекомендуется изготовить маски для каждой из шести шкал. При обработке результатов используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шкалам:

Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Шкала невротической депрессии

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42

68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32
----	-------	-------	------	------	------

Шкала астении

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала истерического типа реагирования

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87

20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,044	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

5. Решите ситуационные задачи:

Задача 1. У данной категории людей желания зависимости очень сильны, однако отвергаются ими, они лишены покоя и ориентированы на успех. Сознательная установка у них такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно в бессознательном - в точности противоположная установка,- чрезмерно сильная потребность в любви, зависимости и помощи. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к данному заболеванию. Какое заболевание может развиваться у данной категории людей?

Задача 2. У лиц с этим видом заболевания преобладают компульсивные личностные черты. Эти больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, а свой гнев выражают весьма сдержанно. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У больных низкая самооценка и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больными как угроза собственному существованию. Больным явно недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения. Определите заболевание.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека

2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 14

Тема: Психогенные сексуальные расстройства и психосоматические состояния, связанные с ними

Цель: формирование представлений о психогенных сексуальных расстройствах и психосоматических состояниях, связанных с ними.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Аффективные нарушения в клинике сексуальной патологии.
2. Психогенные сексуальные расстройства у женщин.
3. Психогенные сексуальные расстройства у мужчин.
4. Психические нарушения возникающие в связи с возможностью заражения вензаболеванием.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности аффективных нарушений в клинике сексуальной патологии.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности сексуальных расстройств при депрессивных состояниях у женщин: снижение (отсутствие) полового влечения; вагинизм; расстройства чувствительности; аноргазмия; фригидность.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности сексуальных расстройств при депрессивных состояниях у мужчин: общее ослабление половой функции вплоть до полного ее отсутствия; ослабление (отсутствие) полового влечения; ослабление (отсутствие) эрекционной фазы; ослабление (отсутствие) эякуляторной фазы; ослабление или отсутствие оргазма (асперматизм); преждевременное семяизвержение с нормальной или вторично ослабленной эрекцией; навязчивый страх половой несостоятельности.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности психических нарушений, возникающих в связи с возможностью заражения вензаболеванием.

Основные понятия: дисгамия, психический асперматизм, импотенция (эректильная дисфункция), вагинизм, фригидность, аноргазмия, алибидемия, гениталгия (диспарейния).

Задания:

1. Законспектируйте раздел Васильченко Г.С и др. Нарушения психосексуального развития // В кн. Сельченко К. Психосексология: хрестоматия. Харвест, 1998.
2. Проведите диагностику мотивации успеха и боязнь неудачи (опросник Реана) // Реан А.А. Психология и психодиагностика личности. Теория, методы исследования, практикум. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2006. Напишите заключение по результатам диагностики.

Инструкция. Отвечая на нижеприведенные вопросы, необходимо выбрать ответ «да» или «нет». Если Вы затрудняетесь с ответом, то вспомните, что «да» объединяет как явное «да», так и «скорее да, чем нет». То же относится и к ответу «нет»: он объединяет явное «нет» и «скорее нет, чем да».

Отвечать на вопросы следует быстро, не задумываясь надолго. Ответ, который первый приходит в голову, как правило, является и наиболее точным.

Текст опросника

1. Включаясь в работу, как правило, оптимистично надеюсь на успех.
2. В деятельности активен.
3. Склонен к проявлению инициативности.
4. При выполнении ответственных заданий стараюсь по возможности найти причины отказа от них.
5. Часто выбираю крайности: либо занижено легкие задания, либо не реалистически высокие по трудности.
6. При встрече с препятствиями, как правило, не отступаю, а ищу способы их преодоления.
7. При чередовании успехов и неудач склонен к переоценке своих успехов.
8. Продуктивность деятельности в основном зависит от моей собственной целеустремленности, а не от внешнего контроля.
9. При выполнении достаточно трудных заданий, в условиях ограничения времени, результативность деятельности ухудшается.
10. Склонен проявлять настойчивость в достижении цели.
11. Склонен планировать свое будущее на достаточно отдаленную перспективу.
12. Если рискую, то, скорее с умом, а не бесшабашно.
13. Не очень настойчив в достижении цели, особенно если отсутствует внешний контроль.
14. Предпочитаю ставить перед собой средние по трудности или слегка завышенные, но достижимые цели, чем не реалистически высокие.
15. В случае неудачи при выполнении какого-либо задания, его притягательность, как правило, снижается.
16. При чередовании успехов и неудач склонен к переоценке своих неудач.
17. Предпочитаю планировать свое будущее лишь на ближайшее время.
18. При работе в условиях ограничения времени результативность деятельности улучшается, даже если задание достаточно трудное.
19. В случае неудачи при выполнении чего-либо, от поставленной цели, как правило, не отказываюсь.
20. Если задание выбрал себе сам, то в случае неудачи его притягательность еще более возрастает.

КЛЮЧ К ОПРОСНИКУ

Ответ "ДА": 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 20.

Ответ "НЕТ": 4, 5, 7, 9, 13, 15, 17.

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

За каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается *1 балл*.

Подсчитывается общее количество набранных баллов.

Если количество набранных баллов *от 1 до 7*, то диагностируется мотивация на неудачу (боязнь неудачи).

Если количество набранных баллов *от 14 до 20*, то диагностируется *мотивация на успех (надежда на успех)*.

Если количество набранных баллов *от 8 до 13*, то следует считать, что *мотивационный полюс ярко не выражен*.

При этом можно иметь в виду, что если количество баллов *8, 9* – есть определенная тенденция мотивации на неудачу, а если количество баллов *12, 13* – имеется определенная тенденция мотивации на успех.

Мотивация на успех относится к позитивной мотивации. При такой мотивации человек, начиная дело, имеет в виду достижение чего-то конструктивного,

положительного. В основе активности человека лежит надежда на успех и потребность в достижении успеха. Такие люди обычно уверены в себе, в своих силах, ответственны, инициативны и активны. Их отличает настойчивость в достижении цели. целеустремленность.

Мотивации на неудачу относится к негативной мотивации. При данном типе мотивации активность человека связана с потребностью избежать срыва, порицания, наказания, неудачи. Вообще в основе этой мотивации лежит идея избегания и идея негативных ожиданий. Начиная дело, человек уже заранее боится возможной неудачи, думает о путях избегания этой гипотетической неудачи, а не о способах достижения успеха. Люди, мотивированные на неудачу, обычно отличаются повышенной тревожностью, низкой уверенностью в своих силах. Стараются избегать ответственных заданий, а при необходимости решения сверхответственных задач могут впасть в состояние близкое к паническому. По крайней мере ситуативная тревожность у них в этих случаях становится чрезвычайно высокой. Все это, вместе с тем, может сочетаться с весьма ответственным отношением к делу.

3. Проведите исследование отношения к сексу, удовлетворенности браком, выявите отклонения в сексуальном поведении, особенности феминности-маскулинности с помощью Опросника установок к сексу (Eysenk Inventory of Attitudes to Sex, EIAS)

Методика разработана на основе концепции личности Г. Айзенка. Наряду с исследованием отношения к сексу, тест ориентирован на прогноз удовлетворенности браком (Г. Айзенк, Г. Вейкфилд, 1981), выявление отклонений в сексуальном поведении (Г. Айзенк, 1977), диагностику феминности-маскулинности (Г. Айзенк, 1971).

Опросник имеет полную и сокращенную формы. В полную версию входит 159 вопросов, в сокращенную - 96. Формулировки вопросов практически одинаковы для мужчин и женщин.

Большинство вопросов требуют ответа типа «да»/«нет», однако имеются и формулировки с ответами «верно»/«неверно», «согласен»/«не согласен».

Предусмотрена возможность неопределенного ответа для каждого из пунктов опросника.

Вопрос 157 предусматривает «открытый» ответ: В каком возрасте Вы совершили первый половой акт?

Вопросы 158 и 159 имеют 10-балльную рейтинговую шкалу оценивания.

Опросник допускает индивидуальное и групповое обследование. Продолжительность обследования 20-60 мин.

Оценка результатов основана на подсчете «ключевых» ответов.

Г. Айзенком (1976) установлены процентильные значения ответов на отдельные вопросы для мужчин и женщин.

В ходе факторного анализа результатов были выделены 11 обобщенных факторов (шкал), влияющих на результаты теста:

1. Дозволенность (Permissiveness).
2. Реализованность (Satisfaction).
3. Сексуальная невротичность (Neurotic sex).
4. Обезличенный секс (Impersonal sex).
5. Порнография (Pornography).
6. Сексуальная застенчивость (Sexual shyness).
7. Целомудрие (Prudishness).
8. Отвращение к сексу (Sexual disgust).
9. Сексуальная возбудимость (Sexual excitement).
10. Физический секс (Physical sex).
11. Агрессивный секс (Aggressive sex).

Влияние первых шести факторов оказалось примерно равным у мужчин и женщин. В результате анализа были выделены два фактора (шкалы) более высокого порядка: «сексуальное влечение» (sexual libido) и «сексуальная удовлетворенность» (sexual satisfaction), проявление которых отмечалось у обоих полов. Дополнительно была выделена также шкала «маскулинности – фемининности», охватывающая все те вопросы, на которые ответы мужчин и женщин существенно различаются, т.е. на которые мужчины отвечают «да» или «нет» гораздо чаще, чем женщины.

Инструкция: «Внимательно прочитайте каждый вопрос, затем пометьте свой вариант ответа «да» или «нет», в случае затруднения выбирайте знак «?». Пожалуйста, отвечайте на каждый вопрос. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Не задерживайтесь слишком долго на вопросе, постарайтесь найти мгновенное решение, которое выразит ваше чувство по отношению к каждому конкретному вопросу. Некоторые из них похожи на другие: не удивляйтесь этому, есть весомые причины для того, чтобы получить один и тот же ответ различными путями. Некоторые из вопросов данного теста предлагаются в двух вариантах - для мужчин и для женщин (в таких случаях имеются соответствующие пометки «М» и «Ж»). Ясно, что вы должны отвечать на «свой» вариант».

1. Лица противоположного пола будут уважать вас больше, если вы не очень хорошо знакомы с ними.
2. Секс без любви («обезличенный секс») не приносит абсолютно никакого удовлетворения.
3. Необходимы совершенно определенные условия, чтобы я почувствовал(а) сексуальное возбуждение.
4. В целом меня удовлетворяет моя сексуальная жизнь.
5. Девственность — это самое ценное достояние девушки.
6. Я редко думаю о сексе.
7. Иногда мне трудно контролировать свои сексуальные чувства.
8. Мастурбация вредна для здоровья.
9. Если я люблю человека, то могу делать с ним все, что угодно.
10. Я получаю приятные ощущения, когда кто-то прикасается к моим половым органам.
11. Я далек(а) от секса.
12. Вид животных, спаривающихся на улице, вызывает отвращение.
13. (М) Мне не нужно уважать женщину или любить ее для того, чтобы получать удовольствие от эротических ласк или сношения с ней.
(Ж) Мне не нужно уважать мужчину или любить его для того, чтобы получать удовольствие от эротических ласк или сношения с ним.
14. Я весьма непривлекателен(на) в сексуальном отношении.
15. Откровенно говоря, я предпочитаю людей своего пола.
16. Половые контакты никогда не были для меня проблемой.
17. Неприятно наблюдать, как целуются на людях.
18. Сексуальные переживания иногда мне неприятны.
19. В моей половой жизни чего-то не хватает.
20. Мое сексуальное поведение никогда не доставляло мне каких-либо проблем.
21. Моя любовная жизнь—это полное разочарование.
22. У меня никогда не было много свиданий.
23. Я сознательно пытаюсь отделаться от мыслей о сексе.
24. Я никогда не испытывал чувства вины за свои сексуальные приключения.
25. Меня не беспокоит то, что человек, на котором я женюсь (за которого выйду замуж) не будет девственницей (девственником).
26. Иногда я боюсь того, что могу оказаться несостоятельным в сексуальном отношении.

27. Мне пришлось испытать сексуальное влечение к человеку моего пола.
28. У меня много друзей противоположного пола.
29. Я испытываю сильные сексуальные чувства, но, получив возможность, не могу достойно выразить себя.
30. Мне достаточно совсем немного, чтобы испытать сексуальное возбуждение.
31. Родительская опека тормозит мое сексуальное самовыражение.
32. Мысли о сексе слишком отвлекают меня.
33. Меня часто привлекают люди одного со мной пола.
34. Есть вещи, которые я не стал(а) бы делать ни с кем.
35. Детей следует просвещать относительно секса.
36. Я понимаю гомосексуалистов.
37. Я думаю о сексе почти ежедневно.
38. Люди не должны экспериментировать с сексом до брака.
39. Я легко возбужд(а) в сексуальном отношении.
40. Мысль о сексуальной оргии для меня отвратительна.
41. Лучше не иметь сексуальных связей до брака.
42. Меня возбуждает мысль о сексуальном партнере другой расы.
43. Мне нравится рассматривать порнографические снимки.
44. Моя совесть слишком беспокоит меня.
45. Мои религиозные убеждения против секса.
46. Сексуальные чувства иногда преобладают над моей волей.
47. Я чувствую себя напряженно с людьми противоположного пола.
48. Сексуальные мысли почти сводят меня с ума.
49. Когда я возбуждаюсь, то не могу думать ни о чем другом, кроме сексуального удовлетворения.
50. Я чувствую себя легко с людьми противоположного пола.
51. Мне не нравится, когда меня целуют.
52. Очень сложно общаться с людьми противоположного пола.
53. Я не учился(лась) на чужих ошибках до тех пор, пока не стал(а) взрослым(ой).
54. Я чувствую себя более комфортно с людьми моего пола.
55. Я получаю удовольствие от эротических ласк.
56. Я слишком озабочен(а) сексом.
57. Таблетки против беременности должны быть общедоступны.
58. Мне не интересно видеть человека голым.
59. Иногда размышления о сексе приводят меня в крайнее волнение.
60. Меня иногда беспокоят мысли о половых извращениях.
61. Разговоры о сексе приводят меня в смущение.
62. Молодые люди должны получать знания о сексе из собственного опыта.
63. Женщина иногда должна быть сексуально агрессивной.
64. Шутки на сексуальные темы внушают мне отвращение.
65. Я верю, что смогу получить удовольствие где угодно.
66. Человек должен получать знания о сексе постепенно, путем проб.
67. Молодые люди должны иметь возможность свободно развлекаться по ночам без излишнего присмотра.
68. Я иногда чувствую, что унижаю своего партнера по сексу.
69. Я постарался бы надежно оградить своих детей от всяких сексуальных контактов.
70. Самоудовлетворение вовсе не опасно, если только оно не принимает нездоровых форм.
71. (М) Я сильно возбуждаюсь, когда касаюсь женской груди.
(Ж) Я сильно возбуждаюсь, когда мужчина прикасается к моей груди.
72. Я одновременно имел(а) несколько сексуальных партнеров.
73. Для некоторых людей гомосексуализм — это нормально.

74. Нет ничего предосудительного в том, чтобы соблазнить взрослого человека, способного отдавать себе отчет в своих поступках.
75. Я иногда испытываю чувство враждебности по отношению к своему партнеру по сексу.
76. Мне нравится рассматривать фотографии обнаженных людей.
77. Если бы у меня была возможность тайно наблюдать, как двое людей занимаются сексом, я воспользовался(лась) бы этим шансом.
78. Порнографические романы должны быть разрешены для свободной печати.
79. Проституция должна быть разрешена законом.
80. Решение об аборте должно приниматься не кем-то другим, а только самой женщиной, которая стоит перед этой проблемой.
81. Телевидение демонстрирует слишком много неприличных фильмов.
82. Двойной стандарт о морали, который дает мужчинам больше свободы, чем женщинам – это явление естественное, поэтому надо следовать ему и далее.
83. Нам следует полностью отменить институт брака.
84. У меня в молодости был неудачный сексуальный опыт.
85. Не должно быть никакой цензуры фильмов и пьес на сексуальные темы.
86. Секс для меня – самое большое удовольствие.
87. Сексуальное попустительство угрожает подорвать все основы цивилизованного общества.
88. Секс необходимо рассматривать только как способ размножения, а не как источник удовольствия.
89. Абсолютная преданность одному сексуальному партнеру в течение всей жизни – это такая же глупость, как и воздержание.
90. Я предпочитаю совершать половой акт под одеялом и в темноте.
91. Существующее чрезмерное внимание, которое уделяется сексу в нашем обществе, можно объяснить исключительно влиянием средств массовой информации.
92. Мне доставило бы удовольствие наблюдать, как мой сексуальный партнер совокупляется с кем-нибудь другим.
93. Сексуальные игры между маленькими детьми совершенно безвредны.
94. Женщины не обладают таким сильным сексуальным влечением, как мужчины.
95. Я проголосовал(а) бы за закон, разрешающий полигамию.
96. Даже если кто-то имеет половые сношения регулярно, мастурбация все же неплоха для разнообразия.
97. Я предпочел бы иметь нового сексуального партнера каждую ночь.
98. Я становлюсь сексуально активным исключительно по ночам и никогда — в дневное время.
99. Я предпочитаю иметь сексуальных партнеров, которые старше меня на несколько лет.
100. В моих сексуальных фантазиях часто присутствует истязание плетью.
101. Во время полового акта я произвожу много шума.
102. Секс возбуждает больше, если партнер мне незнаком.
103. Я никогда не смог(ла) бы обсуждать сексуальные темы с моими родителями.
104. Есть вещи, которые я делаю исключительно для того, чтобы удовлетворить своего полового партнера.
105. Я не всегда знаю точно, испытал(а) ли я оргазм.
106. Для меня существует совсем немного вещей, которые я считаю более важными, чем секс.
107. Мне очень нравятся младенцы,
108. Мой половой партнер полностью удовлетворяет все мои сексуальные потребности.
109. Секс для меня не так уж и важен.

110. Большинство мужчин просто с ума сходит по сексу.
111. Моему(ей) супругу(е) совершенно необходимо быть умелым(ой) в постели.
112. Я получаю удовольствие от очень длительной прелюдии к половому акту.
113. (М) Мне легко сказать своей партнерше по сексу, что мне нравится и что нет в ее поведении в постели.
(Ж) Мне легко сказать моему партнеру по сексу, что мне нравится, а что нет в его поведении в постели.
114. Мне бы хотелось, чтобы мой сексуальный партнер(ша) был(а) более опытным(ой) и умелым(ой).
115. Психологические качества моего партнера по сексу для меня важнее, чем его физические достоинства.
116. У меня возникает иногда желание укунить или оцарапать своего партнера во время полового акта.
117. Никому еще не удавалось удовлетворить меня в постели.
118. Я чувствую себя менее компетентным(ой) в сексуальном отношении, чем мои друзья.
119. Меня привлекает групповой секс.
120. Меня возбуждает мысль о внебрачной связи.
121. Я обычно чувствую агрессию по отношению к партнеру по сексу.
122. Я оцениваю уровень моей сексуальной активности как средний.
123. Меня приводят в смущение порнографические снимки.
124. Я опасаясь сексуальных связей.
125. (М) Я часто испытываю желание, чтобы женщины были более обходительны в сексуальном плане.
(Ж) Я часто испытываю желание, чтобы мужчины были менее требовательны в сексуальном плане.
126. Я не выношу, когда люди прикасаются ко мне.
127. Полноценный секс — это наиболее важная часть брака.
128. Я предпочитаю, чтобы мой сексуальный партнер диктовал правила «игры».
129. Я нахожу «простой секс» малопривлекательным.
130. Я всегда занимаюсь любовью нагишом.
131. Физическая привлекательность партнера чрезвычайно важна для меня.
132. В сексуальном союзе наиболее важное качество — это нежность.
133. (М) Женские половые органы эстетически непривлекательны.
(Ж) Мужские подовые органы эстетически непривлекательны.
134. Я против использования неприличных выражений в смешанной компании.
135. Идея «обмена женами» мне чрезвычайно противна.
136. Романтическая любовь — это просто детская иллюзия.
137. Необходимость использовать противозачаточные средства нарушает мою сексуальную жизнь, поскольку секс становится слишком хладнокровным и рациональным актом.
138. Мне нравится ощущать физический контакт с людьми противоположного пола.
139. (М) Я не могу обсуждать сексуальные темы с моей женой (или постоянной партнершей по сексу).
(Ж) Я не могу обсуждать сексуальные темы с моим мужем (или постоянным партнером по сексу).
140. Люди, которые посещают шоу со стриптизом, ненормальные в сексуальном отношении.
141. Обнаженное человеческое тело — это приятное зрелище.
142. Я могу заниматься сексом, а могу и не заниматься.
143. Я считаю, что принимать противозачаточные таблетки в течение длительного времени опасно для здоровья женщины.

144. (М) Меня не слишком бы беспокоило, если бы моя партнерша по сексу имела половые отношения еще с кем-нибудь, лишь бы она вернулась ко мне.
(Ж) Меня не слишком бы беспокоило, если бы мой партнер по сексу имел половые отношения еще с кем-нибудь, лишь бы он вернулся ко мне.
145. (М) Мужчины более эгоистичны в занятии любовью, чем женщины.
(Ж) Женщины более эгоистичны в занятии любовью, чем мужчины.
146. Некоторые виды секса кажутся мне отвратительными.
147. Я считаю, что мужчина должен быть лидером в сексуальных отношениях.
148. Женщины часто занимаются сексом исключительно с целью получить от этого какую-то выгоду.
149. Увлечение порнографическими журналами свидетельствует о неудачной попытке достичь «взрослого» отношения к сексу.
150. В вопросах секса женщины всегда довольствуются вторым местом.
151. Если бы вас пригласили на просмотр «голубого» фильма, вы бы:
а) согласились;
б) отказались.
152. Если бы вам предложили почитать откровенно порнографическую книгу, вы бы:
а) согласились;
б) отказались.
153. Если бы вам предложили принять участие в оргии, вы бы:
а) согласились;
б) отказались.
154. Оптимально для вас заниматься любовью:
а) никогда;
б) один раз в месяц;
в) один раз в неделю;
г) два раза в неделю;
д) 3-5 раз в неделю;
е) каждый день;
ж) чаще одного раза в день.
155. (М) Вы когда-либо страдали от импотенции:
а) никогда;
б) один или два раза;
в) несколько раз;
г) часто;
д) очень часто;
е) всегда.
(Ж) Вы когда-либо страдали от фригидности:
а) никогда;
б) один или два раза;
в) несколько раз;
г) часто;
д) очень часто;
е) всегда.
156. (М) Вы когда-либо страдали от ранней эякуляции:
а) очень часто;
б) часто;
в) время от времени;
г) не очень часто;
д) крайне редко;
е) никогда.
(Ж) Вы часто испытываете оргазм во время полового акта?

- а) очень часто;
- б) часто;
- в) время от времени;
- г) не очень часто;
- д) крайне редко;
- е) никогда.

157. В каком возрасте вы совершили свой первый половой акт? (если вы девственник или девственница, оставьте вопрос без ответа).
158. Дайте оценку силе вашего сексуального влечения по шкале: от 10 (абсолютно переполняющее и всеохватывающее) до 1 (очень слабое и почти отсутствующее).
159. Дайте оценку интенсивности влияний (моральных, эстетических, религиозных и т.д.), способных затормозить ваше сексуальное чувство по шкале от 10 (крайне сильные, полностью парализующие) до 1 (очень слабые, почти несуществующие).

Ключи:

Ключ содержит номера вопросов, включенных в данную шкалу, и к каждому из них знак «+» или «-». Допустим, вы имеете номер 14, а рядом знак «-»; это означает, что, ответив на вопрос 14 «нет», Вы получаете один балл, ответив «да», вы не получаете баллов, а выбрав ответ « ? », вы имеете полбалла. Если бы после вопроса 14 стоял знак «+», тогда ответ «да» принес бы вам один балл, ответ «нет» — ни одного балла, а ответ «?» по-прежнему полбалла.

1. Дозволенность

5 –
17 –
25 +
38 –
41 –
57 +
64 –
78 +
79 +
81 –
85 +
87 –
93 +
134 -

2. Реализованность

4 +
11 –
16 +
19 –
20 +
21 –
56 –
108 +
113 +
114 –
118 –
139 -

3. Сексуальная невротичность

7 +
18 +

20 +
23 +
24 +
26 +
32 +
44 +
46 +
56 +
59 +
60 +
84 +

4. Обезличенный секс

2 –
40-
65 +
83 +
89 +
92 +
95 +
97 +
102 +
119 +
120 +
135 –
144 +
153 +(a)

5. Порнография

10 +
43 +
58 –
76 +
77 +
141 +
151 +(a)
152 +(a)

6. Сексуальная застенчивость

47 +
50 –
52 +
59 +
61 +
124 +

7. Целомудрие

51 +
55 –
58 +
64 +
71 –
112 –
122 –
126 +
141 -

8. Отвращение к сексу

9 –
34 +
104 +
112 –
133 +
146 +

9. Сексуальная возбудимость

3 –
6 –
9 +
30 +
34 –
37 +
39 +
71 +
146 -

10. Физический секс

31 –
48 +
49 +
71 +
86 +
106 +
109 –
111 +
127 +
131 +

11. Агрессивный секс

68 +
75 +
101 +
116 +
121 +
132 -

Сексуальное либидо

1 -
2 –
5 –
6 –
10 +
25 +
37 +
38 -
39 +
40 -
41 -
42 +
43 +
46 +
65 +
72 +

74 +
76 +
77 +
78 +
79 +
81 -
85 +
87 -
89 +
92 +
95 +
96 +
119 +
120 +
134 -
135 -
151 +(a)
152 +(a)
153 +(a)
154 +(деж)

Сексуальная удовлетворенность

4 +
11 -
15 -
18 -
19 -
20 +
21 -
31 -
32 -
44 -
56 -
108 +
117 -
118 -
124 -
133 -

Маскулинность – Фемининность

2 -
3 -
7 +
10 +
13 +
16 -
18 -
22 +
30 +
37 +
39 +
40 -
42 +
43 +

44 -
55 +
58 -
63 +
64 -
65 +
67 +
69 -
76 +
77 +
78 +
79 +
80 -
84 -
85 +
86 +
89 +
91 -
92 +
95 +
96 +
97 +
101 -
102 +
106 +
109 -
113 +
114 -
116 -
119 +
120 +
128 -
135 -
145 +
146 -
147 -

Анализ

Интерпретация результатов:

1. Дозволенность.

Высокий балл по этой шкале означает, что вы обладаете вполне современным, передовым, легким отношением к сексу, решительно выступая против религиозных, викторианских и прочих старомодных представлений о «правильном» и «надлежащем» в этой сфере человеческих отношений. Вы не озабочены проблемами девственности, приемлете добрачный секс (или даже внебрачные связи), уверены, что контрацептивные средства должны быть общедоступны, и рассматриваете секс в целом как удовольствие, которое не должно волновать никого, кроме «согласных» сторон (имеются в виду не только взрослые, но и подростки и даже дети).

Низкий балл по этой шкале означает прямо противоположное: человек, получивший низкий балл, относится к половым связям более серьезно, он уважает брачные узы и не поддерживает «аморальность» ни в каком виде.

Люди, получившие средний балл, занимают позицию между этими двумя крайностями.

2 Реализованность

Вторая шкала оценивает уровень сексуальной «реализованности», или общей удовлетворенности человека своей сексуальной жизнью в настоящее время. Высокий балл означает высокий уровень реализованности, низкий - полную нереализованность. Вообще говоря, удовлетворенность своей сексуальной жизнью является для большинства людей чрезвычайно привлекательным состоянием, а низкий балл по этой шкале - это признак серьезного разочарования этой областью отношений между полами. Конечно, причин тому может быть немало, и, чтобы выявить специфические для данного человека факторы, необходим индивидуальный подход. Эти причины могут заключаться как в самом человеке, так и в его партнере. Пути достижения более благополучного положения в этой сфере в значительной степени зависят от конкретного сочетания тех или иных причин.

3 Сексуальная невротичность.

Неудовлетворенность, разочарование в своей сексуальной жизни часто приводят к невротическим сексуальным реакциям (мы используем здесь термин «невротический» не в психиатрическом смысле, не как форму психического отклонения, а в более обыденном значении как указание на некоторую разбалансированность, или функциональные сдвиги, в поведении человека).

Люди, получившие высокие оценки по данной шкале, как правило, имеют проблемы со своей сексуальной жизнью; им сложно контролировать или подавлять свои импульсы, они легко приходят в смятение или огорчаются из-за своих собственных мыслей или поступков. Эти люди постоянно озабочены какими-то проблемами, связанными с сексом, и тем самым делают себе только хуже. Тем, кто получил по этой шкале очень высокий балл, стоило бы подумать о том, чтобы посетить врача или обратиться за советом к знающим людям.

4 Обезличенный секс.

Четвертая шкала определяет склонность человека к «обезличенному сексу», т. е. тенденцию рассматривать сексуального партнера только в качестве объекта для получения чувственного удовольствия, не принимая во внимание его личность, индивидуальные особенности характера и темперамента и не пытаясь войти с партнером в сколько-нибудь значимую личностную связь. Мужчины неизменно получают по этой шкале более высокие баллы, чем женщины, и, хотя обезличенный секс отнюдь не является сугубо мужской прерогативой, женщины в целом рассматривают эту форму сексуального поведения как менее привлекательную. Ключ для данной шкалы приводится ниже.

5 Порнография.

Пятая шкала относится к «порнографии», т.е. получению удовольствия от рисунков или фотографий, изображающих сексуальные сюжеты, или словесного описания сексуальных сцен, обычно в максимально откровенной форме. В эту же категорию попадает и склонность к созерцанию людей, занижающихся любовью. Многие споры по поводу порнографических фильмов, телевизионных сериалов и театральных пьес рассматривают как раз те вопросы, которые задаются в данном тесте. Высокий балл по данной шкале указывает на одобрение порнографии (или, по крайней мере, на значительную терпимость к ней), в то время как низкий балл означает неодобрение и нетерпимость к порнографии.

6 Сексуальная застенчивость.

Название шестой шкалы, «сексуальная застенчивость», говорит само за себя. Люди с высоким баллом по этой шкале чувствуют себя крайне нервно в отношениях с противоположным полом, их очень смущают разговоры о сексе, а порой они просто боятся сексуальных отношений. Высокие баллы означают сильное нежелание участвовать в сексуальных отношениях, тогда как низкий балл указывает на более «нормальную» реакцию.

7 Целомудрие.

Седьмая шкала, «целомудрие», имеет некоторое сходство с предыдущей, и опять-таки ее название говорит само за себя. Люди с высокими баллами, как правило, воздерживаются даже от самых незначительных проявлений сексуальной страсти, не любят думать на эту тему, да и вообще заниматься любовью. Здесь также низкий балл указывает на более «нормальное» и обычное отношение к этой проблеме, а высокие баллы свидетельствуют о не совсем типичном поведении.

8 Отвращение к сексу.

Восьмая шкала, «отвращение к сексу», предназначена для оценки гораздо более сильного выражения того же чувства, которое тестировалось седьмой шкалой, т.е. целомудрия. Люди, набравшие высокие баллы, с отвращением реагируют на некоторые виды секса, даже занимаясь любовью со своим постоянным партнером, а порой буквально заставляют себя заниматься этим делом. Таким людям отвратительны даже те виды сексуального поведения, которые большинству людей представляются вполне нормальными. Низкие баллы указывают на более здоровую установку.

9 Сексуальная возбудимость.

«Сексуальная возбудимость», или высокая сексуальная чувствительность, оценивается по девятой шкале. Некоторым людям, чтобы прийти в состояние сексуального возбуждения, необходим целый ряд определенных условий; такие люди наберут низкий балл по данной шкале. Другие возбуждаются очень легко и, соответственно, набирают высокие баллы. С большой долей вероятности можно ожидать, что люди, набравшие высокие баллы по трем предыдущим шкалам, скорее всего наберут низкие баллы по данной шкале.

10 Физический секс.

Десятая шкала оценивает ориентировку на «физический секс», т.е. на активное стремление к реальному половому контакту. Для людей с высокими баллами по данной шкале крайне важно оказаться на высоте в постели со своим партнером; они ценят это гораздо выше, чем другие, более духовные качества, которым отдают предпочтение люди, набирающие низкие баллы по этой шкале. Высокий балл означает, что секс ставится выше всего и самому половому акту уделяется особое внимание за счет других сторон любовных отношений.

11 Агрессивный секс.

Последняя шкала касается «агрессивного секса». Здесь внимание фиксируется на враждебности в сексуальной связи, на желании подавить партнера и, возможно, даже унижить его. Было бы глупо утверждать, что такие мысли и чувства не свойственны сексуальным отношениям; просто для некоторых людей они стали едва ли не нормой сексуального поведения, а другие испытывают нечто подобное в редких случаях. Ясно, что набравшие высокие баллы по данной шкале более склонны к враждебности и агрессивным импульсам по отношению к своим сексуальным партнерам.

Шкалы «сексуальное либидо» «сексуальная удовлетворенность».

Далее мы обратимся к двум «супершкалам», интегрирующим выявленные в исследованиях взаимосвязи между теми простыми шкалами, которые обсуждались до сих пор. Совершенно очевидно, что существуют корреляции между дозволенностью, сексуальной возбудимостью, порнографией, обезличенным и физическим сексом. Можно смело предположить, что человек, набравший высокий балл по всем или большинству названных качеств, обладает сильным либидо, иначе говоря, он (или она) обладает сильным сексуальным влечением. Предлагаемая шкала «сексуального либидо» пытается измерить силу сексуального влечения тестируемого.

Рассуждая аналогичным образом, можно опять-таки предположить, что шкала «реализованность» отрицательно коррелирует со шкалами «сексуальная невротичность», «сексуальная застенчивость», «целомудрие» и «отвращение к сексу». Таким образом возникает еще одна комбинированная шкала, которую мы определили как «сексуальную удовлетворенность».

Надо отметить следующий интересный факт: в больших группах опрошенных мы постоянно наблюдали отсутствие корреляции между либидо и сексуальной удовлетворенностью. Иными словами, удовлетворенность человека своей сексуальной жизнью совершенно не зависит от его сексуального аппетита. Люди могут вести совершенно удовлетворительную, по их мнению, сексуальную жизнь, совершенно не напрягаясь относительно того, чтобы активно, энергично и часто заниматься любовью; с другой стороны, их сексуальная жизнь может быть вполне удовлетворительной и тогда, когда такие активные, энергичные и частые занятия любовью становятся основной, если не единственной, целью жизни. Всегда бывает очень сложно убедить людей какого-то одного склада в том, что другие люди, резко отличающиеся от них по своим личностным особенностям, не только предпочитают именно свой образ жизни, но процветают и счастливы. И тем не менее это действительно так! Есть немало способов стать счастливым человеком, и частота половых сношений отнюдь не единственный путь создания взаимоудовлетворяющих сексуальных отношений.

«Маскулинность - фемининность».

Как уже упоминалось ранее, эта шкала включает вопросы, относящиеся к тем качествам, по которым тот или иной пол проявляет себя чаще, чем другой. Под «маскулинностью» мы понимаем здесь не что иное, как то, что читатель, получивший высокий балл по данной шкале, в сексуальных вопросах соответствует образу типичного для нашего общества мужчины и не отвечает типичному женскому образу. Соответственно понимается и «фемининность»: мужчины или женщины, набравшие низкий балл, в вопросах сексуального поведения предпочитают больше соглашаться с женщинами, нежели с мужчинами. В конструкции шкалы, таким образом, заложено, что женщины могут получить «маскулинные» баллы, а мужчины - «фемининные». Разумеется, это никак не свидетельствует ни о мужественности тестируемых, ни о их женственности в обычном понимании этих качеств и определенно не имеет никакого отношения к гомосексуализму или лесбиянству.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 15

Тема: Психосоматические расстройства у детей и подростков

Цель: формирование представлений об особенностях психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Предпосылки психосоматических расстройств у детей.
2. Психопатологические проявления соматизированной депрессии у детей
3. Псевдоневрологические расстройства у детей

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать предпосылки психосоматических расстройств у детей.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать психопатологические проявления детской соматизированной депрессии: циркадный ритм (нарушения ритма сна и бодрствования), астения.

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности псевдоневрологических расстройств у детей: болевой синдром, дискинезии.

Основные понятия: циркадный ритм, астения, аритмия, дискинезия, энурез, энкопрез, половая девиация.

Задания:

1. Заполните таблицу «Факторы риска возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков»

Факторы	Характеристика
Генетические	
Церебрально-органические	
Микросоциальные	

2. Заполните схему «Классификация психосоматических расстройств у детей»

Параметры классификации психосоматических расстройств у детей					
По локализации	По качественным и количественным особенностям психопатологических проявлений	По распространенности	По степени клинической выраженности депрессивных проявлений	По генезу депрессивных нарушений	По синдромальной структуре

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 16

Тема: Психосоматические расстройства у детей и подростков

Цель: формирование представлений об особенностях психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Формируемые компетенции и индикаторы:

УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах. ИД-2_{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами.

ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности.

Вопросы:

1. Психосоматические расстройства деятельности сердечно-сосудистой системы и псевдоревматические расстройства у детей.
2. Психосоматические расстройства дыхательной и мочевыводящей систем у детей.
3. Психосоматические расстройства пищеварительной системы у детей.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности психосоматических расстройств деятельности сердечно-сосудистой системы и псевдоревматические расстройства у детей: аритмии, кардиофобия, псевдоревматические расстройства.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности психосоматических расстройств дыхательной и мочевыводящей систем у детей: одышка, энурез (причины, виды).

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать особенности психосоматических расстройств пищеварительной системы у детей: расстройства аппетита, тошнота и рвота, синдром раздраженного кишечника (СРК).

Основные понятия: циркадный ритм, астения, аритмия, дискинезия, энурез, энкопрез, половая девиация.

Задания:

1. Решите ситуационные задачи:

Задача 1. Ребенок 7 лет неожиданно почувствовал общее недомогание, насморк, кашель. Два дня назад в классе появились больные с острой вирусной инфекцией. Вечером у ребенка температура поднялась до 39 градусов. Мама больного сообщила, что ребенок долго не засыпал, стал раздражительным, тревожным и подавленным. На пике температуры появился страх, стал видеть в углу комнаты каких животных и пытался убежать от них. После приема лекарств, снижающих температуру, страх, тревога и видения исчезли. *Какое заболевание возникло у ребенка? Какие нарушения эмоциональной сферы описаны в задаче? Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?*

Задача 2. Ребенок в возрасте 5,6 месяцев был госпитализирован в больницу в связи с впервые развившимся у него приступом бронхиальной астмы. После попадания в больницу мальчик выглядит напуганным, стал демонстрировать потерю уже ранее приобретенных им навыков (самостоятельное питание и одевание, засыпание, навыки общения со взрослыми) и настаивал на том, чтобы маме разрешили постоянно находиться у него в палате. На вопросы палатной медсестры отвечает кратко или не отвечает совсем. Она вынуждена кормить, ежедневно одевать ребенка после сна и раздевать перед сном.

Какое психосоматическое расстройство отмечается у ребенка? К какому классу расстройств (с точки зрения культурно – исторического подхода в психосоматике) может быть отнесено данное расстройство? В ответ, на какие события может возникнуть данный вариант психосоматического дизонтогенеза? Объясните возможный механизм возникновения данного расстройства?

Задача 3. Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила мамы под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу. *Какое заболевание возникло у ребенка? Какой психологический фактор играли роль в развитии данного заболевания? Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?*

2. Проведите оценку уровня нервно-эмоциональной устойчивости, степени интеграции личностных свойств, уровня адаптации личности к социальному окружению с помощью методики МИНИ-МУЛЬТ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности - СМОЛ)

Мини-мульт разработан шведским психологом Кинканнон и адаптированный в русском варианте (СМОЛ) В.П. Зайцевым и В.Н. Козюлей. Эту методику лучше использовать для скрининга на предмет выявления нуждающихся в медицинской помощи больных и для использования в психосоматических лечебницах.

Методика позволяет оценить уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению.

Методика в основном рассчитана на обследование взрослых лиц (от 16 до 80 лет, с образованием не ниже 6-7 класса средней школы), с сохранным интеллектом.

Опросник Мини-мульт представляет собой сокращенный вариант *ММРІ*, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

Время проведения опроса не ограничивается. При этом СМОЛ весьма экономичен: среднее время обследования занимает около 15 мин, а обработка полученных данных – всего 5-6 мин.

ИНСТРУКЦИЯ: «Сейчас вы ознакомитесь с утверждениями, касающимися состояния Вашего здоровья и Вашего характера. Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к Вам. Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову».

ТЕКСТ ОПРОСНИКА

1. У Вас хороший аппетит?
2. По утрам Вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.

5. Временами Вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У Вас очень редко бывает запор.
7. Иногда Вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами Вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
11. Иногда Вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю Вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С Вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против Вас.
16. В детстве Вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев Вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У Вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда Вы находитесь среди людей, Вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих Вас людей не считают Вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше Вашего.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более, чем Вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывают подергивания в мышцах.
27. У Вас часто бывает чувство, как будто Вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
28. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что Вам хочется все сделать наперекор, хотя Вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против Вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне Вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами Ваши мысли текли так быстро, что Вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства Ваших знакомых.
36. Временами Вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы Ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У Вас бывали периоды, во время которых Вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что Вас часто незаслуженно наказывали.
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о Вас другие.
42. С памятью у Вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым Вы только что познакомились.
44. Большую часть времени Вы чувствуете общую слабость.
45. У Вас редко болит голова.
46. Иногда Вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.

47. Не все Ваши знакомые Вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть Ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что Вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли Ваших знакомств.
53. Иногда Вы немного сплетничаете.
54. Временами Вы чувствуете, что Вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У Вас бывает сильное сердцебиение и Вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к Вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда Вы полны энергии.
62. За последнее время у Вас ухудшилось зрение.
63. Часто у Вас звенит или шумит в ушах.
64. В Вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда Вы чувствовали, что на Вас действует гипноз.
65. У Вас бывают периоды, когда Вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами Ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляете спиртными напитками.

ОБРАБОТКА

К методике прилагается специальный бланк, где на одной стороне фиксируются ответы испытуемого. Если испытуемый согласен с утверждением, то в клетке с номером вопроса он ставит знак «+» («да», «верно»), если не согласен – знак «-» («нет», «неверно»). На обратной стороне бланка экспериментатор строит профиль личности испытуемого с учетом значения шкалы коррекции, добавляя к сырым баллам соответствующее значение шкалы коррекции. Таблица этих значений приведена на бланке.

Значение *шкалы К* добавляется к базисным шкалам № 1, 4, 7, 8, 9.

К сырым баллам значения шкалы К добавляют по следующей схеме

Шкала $Hs = Hs + (0.5 * K)$;

Шкала $Pd = Pd + (0.4 * K)$;

Шкала $Pt = Pt + K$;

Шкала $Sc = Sc + K$;

Шкала $Ma = Ma + (0.2 * K)$;

Например: если по *шкале К* получено 9 баллов, то к значению *шкалы № 1*, исходя из таблицы, добавляют 5 баллов, к значению *шкалы № 4* – 4 балла, к значениям *шкал № 7 и № 8* по 9 баллов, к значению *шкалы № 9* – 2 балла.

После получения окончательных значений строят профиль

Оценочные шкалы:

1. ШКАЛА ЛЖИ (L).
2. ШКАЛА ДОСТОВЕРНОСТИ (F).
3. ШКАЛА КОРРЕКЦИИ (K).

Базисные шкалы:

1. ИПОХОНДРИИ (Hs).
2. ДЕПРЕССИИ (D).
3. ИСТЕРИИ (Hy).
4. ПСИХОПАТИИ (Pd).
6. ПАРАНОЙЯЛЬНОСТИ (Pa).
7. ПСИХАСТЕНИИ (Pt).
8. ШИЗОИДНОСТЬ (Se).
9. ГИПОМАНИИ (Ma).

Опрос рекомендуется проводить индивидуально или в группе, при наличии у каждого испытуемого текста опросника и бланка для ответов, в присутствии экспериментатора, которому испытуемые могут задавать вопросы.

Ключ

Шкалы	Ответы	№ вопроса
<i>L</i>	Н	5, 11, 24, 47, 53
<i>F</i>	Н	22, 24, 61
	В	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
<i>K</i>	Н	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
<i>1 (Hs)</i>	Н	1, 2, 6, 37, 45
	В	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
<i>2 (D)</i>	Н	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 71
	В	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44
<i>3 (Hy)</i>	Н	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	В	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
<i>4 (Pd)</i>	Н	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	В	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
<i>6 (Pa)</i>	Н	28, 29, 31, 67
	В	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
<i>7 (Pt)</i>	Н	2, 3, 42
	В	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
<i>8 (Se)</i>	Н	3, 42
	В	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
<i>9 (Ma)</i>	Н	43
	В	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Примечание. Н - Неверно, В - Верно

БЛАНК ПЕРЕВОДА СЫРЫХ БАЛЛОВ

В Т-Баллы

И ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ПРОФИЛЯ ТЕСТА

Для быстрого добавления к сырым баллам соответствующих значений шкалы коррекции можно воспользоваться таблицей коэффициентов коррекции

Таблица коэффициентов коррекции

Шкалы				
К	7, 8	1	4	9
	<i>1K</i>	<i>0.5K</i>	<i>0.4K</i>	<i>0.2K</i>
16	16	8	6	3
15	15	8	6	3
14	14	7	6	3

13	13	7	5	3
12	12	6	5	2
11	11	6	4	2
10	10	5	4	2
9	9	5	4	2
8	8	4	3	2
7	7	4	3	1
6	6	3	2	1
5	5	3	2	1
4	4	2	2	1
3	3	2	2	1
2	2	1	1	0
1	1	1	1	0

Как пользоваться шкалой коррекции

1. Необходимо посмотреть сколько баллов по *шкале коррекции К* получил респондент.

2. Находим этот балл в столбике *К*.

3. В строке, напротив найденного балла, будет указано, сколько баллов необходимо добавить к сырым баллам респондента по соответствующим шкалам.

Пример

По шкале коррекции *К* респондент получил 6 баллов. Находим 6 баллов в столбике *К*. Смотрим, что написано в соответствующей строке:

- к сырым баллам по 7 и 8 шкалам нужно добавить 6 баллов;
- к сырым баллам по 1 шкале нужно добавить 3 балла;
- к сырым баллам по 4 шкале нужно добавить 2 балла;
- к сырым баллам по 9 шкале нужно добавить 1 балл.

Приведенный выше бланк удобен для экспресс-анализа первичных данных. Однако для получения более точного профиля с учетом пола необходимо использовать следующую таблицу:

Пол	Статистический показатель	Возраст	Шкала СМОЛ										
			L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
М	М	40,5	1,48	3,10	7,68	7,24	7,02	9,73	10,39	4,03	13,57	13,68	6,23
	δ	15,85	1,23	2,30	3,42	3,00	2,68	2,91	2,13	1,74	2,51	2,83	1,55
Ж	М	39,3	1,51	2,64	7,72	8,47	7,96	11,53	9,76	4,77	14,48	13,52	6,35
	δ	14,89	1,19	1,71	2,64	2,92	3,00	3,38	1,90	2,00	2,27	2,80	1,91

Перевод сырых баллов (после добавления соответствующих значений по *Шкале Коррекции*) как и в тесте *ММРІ* производят по следующей формуле:

$$T = 50 + \frac{10(X - M)}{\delta}$$

где *X* - сырой балл, а *M* и *δ* - значения взятые из таблицы

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются оценки, превышающие 70.

Низкими оценками считаются оценки ниже 40.

Оценочные шкалы

Шкала лжи (L) – оценивает искренность испытуемого.

Низкие значения.

Лица чрезмерно открытые, не скрывающие своих затруднений, слабостей и психопатологических расстройств. Хорошо сознает свои затруднения, склонен скорее преувеличивать, чем недооценивать степень межличностных конфликтов, тяжесть отмечающихся симптомов, степень личностной неадекватности. Склонность критически относиться к себе и окружающим - приводит к скептицизму. Неудовлетворенность и склонность преувеличивать существенность конфликтов делает испытуемого легко уязвимым и порождает неловкость в межличностных отношениях.

Высокие значения.

Тенденция испытуемого представить себя в более выгодном свете, продемонстрировав строгое соблюдение социальных норм. Это стремление может быть обусловлено некоторыми причинами:

- 1) с ограниченностью кругозора испытуемого или
- 2) ситуацией, или
- 3) вызвано наличием патологии, или
- 4) в тех случаях, когда индивидум следует установленному стандарту поведения, соблюдая порой незначительные и не имеющие существенной ценности правила;
- 5) принадлежность к определенной профессиональной группе, от которой из-за ее специфики, требуется чрезвычайно высокий стандарт поведения и пунктуальное следование конвенциональным нормам (юристы, педагоги).

У лиц с высоким интеллектом и большим жизненным опытом этот показатель нельзя рассматривать, как стремление выглядеть в благоприятном свете.

В случае, если отмечаются также пики на других шкалах, - профиль личности можно проанализировать только в сочетании с известными клиническими данными больного.

Шкала достоверности (F) – выявляет недостоверные ответы: чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты.

Низкие значения.

Результаты говорят о достоверности.

Высокие значения.

Высокие показатели по шкале "F" возможны в следующих случаях:

- 1) неконформность личности, связанная с своеобразием восприятия и логики (шизоидный тип личности);
- 2) аутичная личность, испытывающая затруднения в межличностных контактах;
- 3) психопатоподобное поведение, склонность к неупорядоченному поведению или выраженное чувство протеста против конвенциональных норм;
- 4) подростки в период формирования личности, когда преобладает потребность в самовыражении неконформным поведением и взглядами;
- 5) выраженная тревожность и потребность в помощи со стороны окружающих.

В каждом конкретном случае к оценке профиля по шкале "F" надо подходить индивидуально:

- 1) результаты тестирования в целом вызывают сомнения из-за намеренного искажения результатов самим испытуемым;
- 2) следует сочетать показания по шкале "F" с клиническим состоянием испытуемого (возможно неадекватное восприятие утверждений).

Шкала коррекции (K) – сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала (K) используется для коррекции базисных шкал, которые зависят от ее величины.

Низкие значения.

Производит впечатление человека благоразумного, доброжелательного, общительного, имеющего широкий круг интересов. Большой опыт межличностных контактов и отрицание затруднений обуславливает у него более или менее высокую предприимчивость и умение находить правильную линию поведения. Поскольку такие качества улучшают социальную адаптацию, умеренное повышение профиля по шкале "К" может рассматриваться как прогностически благоприятный признак.

Высокие значения.

Высокий показатель по шкале "К" говорит о возможности, что: личность определяет свое поведение в зависимости от социального одобрения и озабочена своим социальным статусом. Склонность отрицать какие-либо затруднения в межличностных отношениях или в контроле собственного поведения, стремление к соблюдению принятых норм поведения и воздерживается от критики окружающих в той мере, в какой поведение окружающих укладывается в рамки принятой нормы. Отмечается отрицательная реакция на поведение тех лиц, которые ведут себя явно отклоняясь от рамок традиций и обычаев. В случае клиники: выраженное беспокойство, неуверенность в себе в сочетании с желанием добиться благожелательного к себе отношения.

Базисные шкалы.

1. Ипохондрия (Hs) – близость испытуемого к астено-невротическому типу.

Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

Низкие значения

Испытуемый не озабочен состоянием своего здоровья, более деятелен и энергичен и более успешно разрешает свои трудности, используя более адаптивные формы поведения.

Высокие значения

Высокий показатель по шкале "Hs" говорит о возможности: Тревога относится субъектом не за счет каких-то внешних социальных причин, а за счет состояния своего физического здоровья. Отмечается эмоциональная значимость для испытуемого его соматических ощущений: общее самочувствие, работоспособность, нарушение соматических функций, болевых ощущений.

Динамика развития соматизации тревоги:

1) беспокойство за состояние своего физического здоровья возникает на фоне высокого уровня тревоги вообще. Тревога начинает проецироваться на сердечно-сосудистые нарушения, желудочно-кишечный тракт - таким образом, тревога соматизируется и обретает конкретность, то есть, сменяется страхом.

2) повышенное внимание к себе, обуславливающее перенесение отношения угрозы с межличностных отношений на процессы, происходящие в собственном организме, сочетается с недостаточной способностью контролировать свои эмоции.

3) вершина развития соматизации тревоги - склонность к жалобам, озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в успех, особенно в отношении медицинской помощи, развивается длительное и тщательное самонаблюдение за своим организмом, что внешне проявляется в несговорчивости, упрямстве, скептицизме.

2. Депрессия (D). Высокие оценки имеют чувствительные, сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.

Низкое значение

Низкий уровень тревоги, активность, общительность, ощущение своей значимости, силы, энергии и бодрости.

Высокое значение

Высокий показатель по шкале "D" говорит о том что возможно у испытуемого отмечается больше тревога, чем депрессия. Ощущение неопределенной угрозы, характер и

время возникновения которой не поддается предсказанию, диффузными опасениями и тревожными ожиданиями.

Динамика развития тревоги:

1) ощущение внутренней напряженности, готовность к возникновению какого-либо неожиданного явления, которое, однако, не оценивается еще как угрожающее. Нарастание чувства внутренней напряженности часто приводит к затруднению в выделении значимых раздражителей, что проявляется в неприятном эмоциональном настроении;

2) затем тревога сменяется страхом - ощущением уже конкретной угрозы, неотвратимости надвигающейся катастрофы.

Окружающим испытуемый представляется как пессимист, замкнутый, молчаливый, застенчивый, чрезмерно серьезный. Может выглядеть как ушедший в себя и избегающий контактов. Однако, на самом деле, личность испытывает потребность в глубоких и прочных контактах с окружающими. Личность легко идентифицирует себя с отдельными людьми, явлениями, и если это отождествление нарушается, то личность воспринимает это как катастрофу, приводящей ее к снижению настроения. Уже лишь одна угроза разрыва гармоничных отношений может вызвать у таких лиц тревогу. Поэтому их отгороженность - это стремление избежать разочарования. В действительности же эти личности стремятся привлечь и удержать внимание окружающих, дорожат их оценкой, стремятся приобрести и сохранить их. В ситуациях фрустрации для них более характерны интрапунитивные реакции - чувство вины, гнев, направленный на себя, аутоагрессия, вплоть до суицида. На ситуацию дезадаптации реагирует астенией, инертностью, пассивностью, отказом от реализации эгоцентрических установок в сложной конфликтной ситуации.

3. Истерия (Ну). Выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание во что бы то ни стало, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны и интересы неглубоки.

Низкое значение

Интроверсия, скептицизм, недостаточная способность к спонтанности в социальных контактах.

Высокое значение

Высокий показатель по шкале "Ну" говорит о возможности: У испытуемого отмечается способность к вытеснению факторов, вызывающих тревогу; демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия с тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации. Высокая способность к вытеснению, позволяющая эффективно устранять тревогу, в то же время затрудняет формирование достаточно устойчивого поведения: постоянно возникают новые роли, задачи и оценки. Люди этого типа не обладают достаточно развитым внутренним миром, их переживания ориентированы на внешнего наблюдателя. Игнорирование отрицательных сигналов извне позволяет сохранять высокую самооценку, переходящей в самолюбование. Такое поведение может привести к бесцеремонности, некритичности в оценке ситуации.

Личность стремится быть в центре внимания, ищет признания и поддержки и добивается этого настойчивыми действиями. Склонность к фантазированию, эгоцентризм, незрелость и поверхностность в контактах. Обычно затрудняет деятельность группы, которая должна планомерно и длительное время решать какую-либо проблему. Проявляются чаще декларации, невозможность длительного и упорядоченного усилия по выполнению длительной деятельности. Лучше проявляет себя в ситуациях, где надо быстро менять свою роль, где присутствуют кратковременные контакты, умение приспосабливаться к различным людям. В конфликтах чаще всего используются для самозащиты соматические жалобы, которые носят поверхностный характер.

В случае клиники - может наблюдаться полная утрата способности к формированию устойчивых установок и построению поведения на основе предшествующего опыта, живет методом "проб и ошибок", исходя из удовлетворения своих сиюминутных желаний. Отмечается слабость задержки своих желаний, в результате возникает бесплановость и хаотичность поведения. Декомпенсация личности возникает в ситуациях повышенных требований и нагрузок, а также нарушения отношений, которые по социальным нормам должны поддерживаться (например, в семье). Возникает грубая конверсионная симптоматика или более тонкая - изменения вегетативной регуляции, которая является "копией" ранее виденных или слышанных "страшных" заболеваний (например, инфаркта). Основная цель поведения больного - потребность во внимании и поддержке, в любовании своими страданиями и своей волей, стойкостью при этом.

4. Психопатия (Pd). Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.

Низкое значение

Конвенциональная личность, высокий уровень идентификации со своим социальным статусом, тенденция к сохранению постоянных интересов, установок, целей.

Высокое значение

Высокая оценка по шкале "Pd" говорит о возможности: Психопатоподобное поведение, склонность к асоциальным поступкам. При благоприятных условиях в промежутках между декомпенсациями психопатические черты могут не обнаруживаться. Характеризуется пренебрежением к принятым общественным нормам, моральным и этическим ценностям, установившимся правилам поведения и обычаям. В зависимости от уровня активности это пренебрежение проявляется в гневных и агрессивных реакциях или выражается более или менее пассивно. Протест против принятых норм может ограничиваться семьей и ближайшим окружением, но может приобретать генерализованный характер. Поведение плохо предсказуемо, неумение планировать будущие поступки и пренебрежение последствиями своих действий. Недостаточная способность извлекать пользу из опыта приводит их к повторным конфликтам с окружающими. Непосредственная реализация возникающих побуждений и недостаточная способность прогнозировать приводит к отсутствию тревоги и страха перед потенциальным наказанием. Ситуации, которые не повлекли за собой тяжелых последствий, также не вызывают тревоги или депрессии.

Только реально значимое наказание может провоцировать агрессию или субдепрессию и то только против самого факта наказания, а не ситуации. В межличностных отношениях (даже в интимных) личность отличается поверхностным и нестойким отношением, редко возникает чувство глубокой привязанности. Личность ненадежна в длительном общении, поскольку склонна к дисфориям. В общем - эгоцентризм, импульсивность, эмоциональная незрелость, конфликтность. Диагноз: расстройство личностных черт, агрессивный тип, пассивно-агрессивный тип; Альтернативный диагноз: эмоционально неустойчивая личность, реакция тревоги, депрессивная реакция у личности с нарушением личностных черт; Жалобы, черты личности и симптомы: взрывчатый, эмоционально неустойчивый, плохое финансовое положение, ощущение вины, тяжелое пьянство, незрелость личности, возможны: депрессия, нетрудоспособность;

Ведущие черты: неотзывчивость, незрелость, требовательность, эгоцентричность, импульсивность, ребячество, беззаботность, нетерпеливость, эмоциональная неустойчивость, избалованность матерью. Если супруг относится к нему с снисходительностью, то испытуемый не идет на развод. Однако имеются выраженные конфликты в супружеских отношениях. Плохо приспособлен к сексуальной жизни,

склонен к половым извращениям. Становится напряженным, угрюмым и депрессивным из-за низкой переносимости фрустрации. Суицидальные попытки, агрессивные вспышки против супруга и алкоголизм являются наиболее частой причиной помещения в больницу.

5. Паранойяльность (Pa). Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые конфликты с окружающими. Собственные малейшие удачи они всегда переоценивают.

Низкое значение

Возможны следующие варианты:

1) испытуемый недоверчив и осторожен, боится неприятных последствий своих действий;

2) у испытуемого гибкое мышление и он быстро меняет точку зрения.

Высокое значение

В случае высокой оценки по шкале "Pa", возможно:

Ригидность, склонность к систематизации накопленного опыта, подозрительность, обидчивость, упорство в достижении цели, педантизм, склонность обвинять других в недружелюбии, враждебность и ригидность аффекта.

Динамика ригидности аффекта:

1) фрустрация и возникающая в связи с ней тревога переживаются как импульс, побуждающий к той или иной форме поведения, позволяющей прямо или косвенно удовлетворить блокированную потребность;

2) этот импульс лежит в основе эмоции, как привод от потребности индивида к соответствующей форме поведения;

3) в условиях общества эмоция не всегда реализуется, поэтому угасание ее происходит медленно, а у некоторых личностей значительно медленнее;

4) у последних (то есть, ригидных личностей) при одной мысли о фрустрирующей ситуации снова возникает неотрагированная эмоция.

Черты личности: сочетание сензитивности и обидчивости с жалобами на недостатки окружающих, их враждебные действия, утверждение моральных устоев, склонность к идеаторной разработке ситуации. Ригидность аффекта обычно связана с эгоистическими побуждениями. Сопровождается интенсивной разработкой концепции, которая призвана объяснить его возникновение и в то же время сохранить приемлимое для индивида представление о собственной личности. Эта вторичная идеаторная разработка создает впечатление независимой позиции, верности своим критериям. Однако в действительности поступки определяются внешним воздействием, так как они являются ответом на действия окружающих, воспринимаемых аффективно, как ущемляющие личность испытуемого. Рассуждения их внутренне логичны. С ригидностью аффекта связано также длительное переживание собственных успехов, причем это переживание включает гордость своей ценностью, повышенное себялюбие и недовольство отсутствием признания со стороны окружающих. Для личности свойственно упрямство, рациональная житейская платформа, выраженное чувство соперничества, прямолинейность. Клиника: имеются сверхценные идеи или бредовые концепции. Даже при отсутствии бреда поведение их все равно трудно корректируемо, склонны с недоверием относиться к лечению и стремятся рационалистически обосновать свое недоверие к медицине.

6. Психастения (Pt). Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.

Низкое значение

Решительность, гибкость поведения с низким уровнем тревожности, уверенность при принятии решения.

Высокое значение

Высокие результаты по шкале "Pt" говорят о возможности:

Конституциональная предрасположенность к возникновению тревожных реакций, а устранение этой тревоги достигается путем формирования ограниченного поведения. Сензитивность, страх, тревога, немотивированные опасения, неуверенность в себе и в своей компетентности, пониженная самооценка, навязчивость. Тревожно-мнительная личность, низкий порог фрустраций, напряженность, самокритичность, эмпатийность, трудности социального приспособления, застенчивость, боязливость. Низкая способность к вытеснению и повышенное внимание к отрицательным сигналам. Стремление удерживать в центре внимания даже несущественные факты, учитывать и предвидеть даже маловероятные возможности. В результате ситуация никогда не представляется достаточно определенной, что еще более усиливает постоянную тревожность. Поэтому неспособность отделять фон от сигнала, увеличение эмоциональной значимости фона приводит к ослаблению концентрации внимания, к сомнениям и колебаниям при необходимости принять решение, тревогу и страхи по поводу возможных последствий своих действий. Поскольку каждый новый сигнал воспринимается как угроза, то личность придерживается уже испытанных приемов деятельности.

В своей деятельности руководствуется главным образом не потребностью достичь успеха, а стремлением избежать неуспех и поведение испытуемого определяется страхом перед возможностью повлечь на себя опасность неверным поступком. Этот страх лежит в основе ограничений своего поведения, особенно там, где успех не гарантирован. В тех же областях, где приходится действовать, испытуемый стремится контролировать успешность своей деятельности с помощью разработки высокого внутреннего стандарта, с которым сопоставляется действие и результат. Такие лица описываются окружающими как добросовестные, тщательно выполняющие свои обязанности, сдержанные во внешних проявлениях и нерешительные.

Клиника: склонность к навязчивому беспокойству, напряженность, нерешительность, пониженная помехоустойчивость по отношению к стрессу, стрессорами являются ситуации, где происходит быстрая смена факторов, неупорядоченные и не поддающиеся планированию ситуации; декомпенсация личности сопровождается навязчивыми страхами и ритуалами.

7. Шизоидность (Se). Лицам с высокими показателями по этой шкале свойствен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

Низкое значение

Отсутствие шизоидных черт характера (эмоциональной холодности и отчужденности).

Высокое значение

Высокие результаты по шкале "Sc" говорят о возможности: Шизоидный тип: формируется в тех случаях, когда даже незначительные фрустрации ведут к возникновению стойких и длительных отрицательных эмоций, а компенсация достигается путем ухода из окружающей среды во внутренний мир. Эмоциональная холодность, своеобразие восприятия и суждений, необычность мыслей и поступков, избирательность или поверхностность контактов.

Ориентировка на внутренние критерии, утрата способности к интуитивному пониманию окружающих, к проигрыванию их ролей и в связи с этим нарушение адекватного эмоционального реагирования. Для личности трудно, а порой невозможно взглянуть на себя со стороны и включить себя в окружающий мир. Поведение часто эксцентрично, лишённое эмоциональной окраски или надменное. Хотя отрицательные сигналы и не доходят до личности, но если сигнал дошел, то он неожиданно вызывает большую ранимость. Поскольку в силу неудовлетворенности и ранимости четко

сформированное представление о социальной ситуации у этих лиц часто оказывается источником напряженности, длительных и интенсивных отрицательных эмоций, они избегают ясных и четких формулировок и у них отсутствует четкое представление о том, как именно они должны вести себя в той или иной ситуации или чего именно ждут от них окружающие.

Хотя высказывания таких личностей логичны и правильно построены грамматически, у окружающих они могут создать впечатление двусмысленности или недостаточной понятности. Причина может скрываться в том, что личность теряет контроль над понятийностью в результате нарушений социальной коммуникации. Однако личность весьма усиленно проявляет себя в областях знаний, где используется символика (например, математика). Затруднение социализации все больше может усилить ощущение внутренней напряженности, отсюда усиливающиеся затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира. Поэтому их активная деятельность обычно протекает вне ситуации, поскольку эти лица нередко ощущают свою отчужденность и непонятность, неспособность стать действительным членом группы, к которой они принадлежат формально. Как следствие этого - амбивалентность в отношениях: ожидание внимания со стороны окружающих и боязнь холодности с их стороны. Они проявляют то чрезмерное дружелюбие, то непонятную враждебность, причем чрезмерно интенсивные контакты могут сменяться внезапными разрывами. Недостаточность контактов приводит также к аутистическому фантазированию и формированию аффективно насыщенных идей.

8. Гипотония [мании] (Ma). Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Низкое значение

Снижение активности и контактов с людьми.

Высокое значение

Высокая оценка по шкале "Ma" говорит о возможности:

Повышенное настроение, чрезмерная активность, большое количество и легкость возникновения планов и идей, которые часто не осуществляются в силу повышенной отвлекаемости и переоценки своих возможностей, разнообразии интересов, широким и поверхностным контактам.

Клиника: дезадаптация поведения, чрезмерно и плохо направленная активность, эмоциональное возбуждение, раздражительность, обидчивость и недостаточная сдержанность. Деятельность в этих случаях может оказаться неэффективной либо в связи с тем, что она не доводится до конца, из-за переключения внимания на другие объекты, либо в связи с тем, что преувеличение своих возможностей позволяет планировать ее заведомо на нереальные сроки.

Диагноз: маниакально-депрессивная реакция, мания;

Жалобы, черты личности и симптомы: обстоятельность, плохое финансовое положение, бред величия, враждебность, гиперактивность, доминирование матери, религиозность, болтливость, алкоголизм, снижение трудоспособности;

Ведущие черты: гиперактивность, напыщенность, болтливость, в анамнезе приступы депрессии и мании. Склонность к ретроспективному анализу. Сверхактивный, много проектов, во время психоза речь и мышление становятся странными. Когда сердится, то может вспыхнуть и наругать. В фазах ремиссии отмечается приспособление к жизни.

БЛАНК ТЕСТА

Фамилия И.О. _____ Возраст _____ Пол _____
 Образование _____ Дата _____

(Рядом с номером при ответе «верно» зачеркните квадратик «В», при ответе «неверно» – квадратик «Н»).

В Н	В Н	В Н	В Н	
☐ 1 ☐	☐ 21 ☐	☐ 41 ☐	☐ 61 ☐	L
☐ 2 ☐	☐ 22 ☐	☐ 42 ☐	☐ 62 ☐	F
☐ 3 ☐	☐ 23 ☐	☐ 43 ☐	☐ 63 ☐	K
☐ 4 ☐	☐ 24 ☐	☐ 44 ☐	☐ 64 ☐	1
☐ 5 ☐	☐ 25 ☐	☐ 45 ☐	☐ 65 ☐	2
В Н	В Н	В Н	В Н	3
☐ 6 ☐	☐ 26 ☐	☐ 46 ☐	☐ 66 ☐	4
☐ 7 ☐	☐ 27 ☐	☐ 47 ☐	☐ 67 ☐	5
☐ 8 ☐	☐ 28 ☐	☐ 48 ☐	☐ 68 ☐	6
☐ 9 ☐	☐ 29 ☐	☐ 49 ☐	☐ 69 ☐	7
☐ 10 ☐	☐ 30 ☐	☐ 50 ☐	☐ 70 ☐	8
В Н	В Н	В Н	В Н	9
☐ 11 ☐	☐ 31 ☐	☐ 51 ☐	☐ 71 ☐	
☐ 12 ☐	☐ 32 ☐	☐ 52 ☐		
☐ 13 ☐	☐ 33 ☐	☐ 53 ☐		
☐ 14 ☐	☐ 34 ☐	☐ 54 ☐		
☐ 15 ☐	☐ 35 ☐	☐ 55 ☐		
В Н	В Н	В Н		
☐ 16 ☐	☐ 36 ☐	☐ 56 ☐		
☐ 17 ☐	☐ 37 ☐	☐ 57 ☐		
☐ 18 ☐	☐ 38 ☐	☐ 58 ☐		
☐ 19 ☐	☐ 39 ☐	☐ 59 ☐		
☐ 20 ☐	☐ 40 ☐	☐ 60 ☐		

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 17

Тема: Психотерапия при психосоматических заболеваниях

Цель: формирование представлений об особенностях психотерапии и психокоррекции психосоматических расстройств; техниках оказания психологической помощи больных с психосоматическими расстройствами.

Формируемые компетенции и индикаторы: ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности. ИД-2_{ПК-3} - формирует установки, направленные на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей

Вопросы:

1. Принципы построения системы психотерапии соматических больных
2. Эффективность различных техник психотерапии при различных психосоматических заболеваниях.

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать системное и многоуровневое психотерапевтическое влияние на соматических больных, сориентированное в 3-х основных направлениях (биологическое, психологическое, социальное); рассмотреть этапы процесса психотерапевтического влияния (седативно-адаптирующий, лечебно-корректирующий, профилактически-закрепляющий). В ходе подготовки к занятию студент должен иметь представление об основных принципах построения системы психотерапии больных с соматическими заболеваниями.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен изучить возможности применения различных техник психотерапии при психосоматических расстройствах сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыводящей, пищеварительной систем, а также при психогенных сексуальных расстройствах и психосоматических заболеваниях, связанных с ними.

Основные понятия: психологическая помощь, психотерапия, психокоррекция.

Задания:

1. Заполните таблицу «Методы психотерапии используемые в лечении психосоматических заболеваний»

Метод психотерапии	Характеристика

2. Законспектируйте статью Пезешкин Н. Новая модель лечения психосоматических нарушений: позитивная психотерапия во врачебной практике // *Психологический журнал*, 1991.- Т. 12. - № 6. С. 105-115.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

Практическое занятие № 18

Тема: Психотерапия при психосоматических заболеваниях

Цель: формирование представлений об особенностях психотерапии и психокоррекции психосоматических расстройств; техниках оказания психологической помощи больным с психосоматическими расстройствами.

Формируемые компетенции и индикаторы: ПК-3 Способен формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. ИД-1_{ПК-3} – подбирает и применяет методы создания условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных нарушений в становлении личности. ИД-2_{ПК-3} - формирует установки, направленные на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей

Вопросы:

1. Психодинамическая психотерапия в лечении психосоматических больных.
2. Суггестивная психотерапия в психосоматической клинике.
3. Телесно-ориентированные техники психокоррекции в психосоматической клинике.
4. Рациональная психотерапия в психосоматической клинике

Теоретическая часть:

По первому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать показания для проведения психодинамической терапии и ее этапы; описать анализ сновидений и выявление символического значения телесного симптома; рассмотреть особенности краткосрочной динамической терапии, групповой динамической терапии по П. Куттеру и Г. Аммону, 4-ступенчатой психодинамически ориентированной терапии Г. Фрайбергера.

По второму вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать процедуру проведения, показания и противопоказания к проведению суггестивной психотерапии; рассмотреть разновидности суггестивной психотерапии: гипносуггестия, нейролингвистическое программирование (эриксоновский гипноз), наркопсихотерапия (наркосуггестия), эмоционально-стрессовая терапия (императивная суггестия).

По третьему вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать возможности применения телесно-ориентированной психотерапии в психосоматической клинике; ознакомиться с основными сомато-центрированными методами психокоррекции: биоэнергетический анализ А. Лоуэна, метод Ф.М. Александера, первичная терапия А. Янова, чувственное осознание (Ш. Селвер, Ч., Брукс, Э. Якоби), анализ характера и вегетотерапия по В. Райху, методы релаксации Джейкобсона и Шульца и др.

По четвертому вопросу: в ходе подготовки к занятию обучающийся должен охарактеризовать показания для проведения рациональной психотерапии и ее принципы.

Основные понятия: аутогенная тренировка, гештальттерапия, гипносуггестия, наркосуггестия, императивная суггестия, модель ожидаемых результатов лечения, психологическая помощь, психотерапия, психокоррекция, психоанализ, психодрама, когнитивно-поведенческая терапия, символдрама, телесно-ориентированная психотерапия, рациональная психотерапия.

Задания:

1. Проанализируйте пример использования индивидуальной психотерапии по методу символдрамы ребенка, страдающего бронхиальной астмой атонической формы с тяжелым течением, с нарушением речи и ожирением.

П., 11 лет, родился на 8 месяце беременности в результате стремительных преждевременных родов, которые дома принимал отец. Младенец захлебнулся в околоплодных водах и выделениях, была асфиксия, пупочная инфекция, позднее развилась пневмония, бронхиты, диспепсия. Первый месяц ребенок

находился в реанимационном отделении больницы. Мать носила сцеженное молоко, которое он получал до 6 месяцев. В последующем ребенок часто болел и госпитализировался. Питание осуществлялось по потребности, пеленание было свободное. Сидеть начал в 9 месяцев, ходить в 1 год 3 месяца. В семье еще двое детей (брат старше на 5 лет, сестра младше на 1 год). Мать после рождения П. не работала, постоянно находясь с ребенком, ни разу с ним не расставаясь, за исключением двух недель на время родов, когда П. было полтора года (проблема «*близости-дистанции*», модель исходного, базального нарушения М. Балинта). На первом году жизни у матери происходил тяжелый развод с первым мужем.

С самого рождения матери активно помогала бабушка. Тяжелым переживанием для П., которому тогда было 7 лет, стала смерть бабушки, после чего ребенку впервые был поставлен диагноз *бронхиальной астмы* (потеря близкого человека, модель «*giving up*» и «*given up*» Дж. Энгеля и А. Шмале).

П. проходил индивидуальную психотерапию по методу *символдрамы*. На первом сеансе был проведен тест семьи «*три дерева*», который показал отсутствие достаточной рефлексии самого себя и мамы (с которой он в значительной мере слит в симбиотическом единстве), что можно связать с проявлениями *алексетимии*.

На *втором* сеансе П. было предложено представить мотив «*луг*», на котором П. лежал в стоге сена как в «гнездышке» (потребность в удовлетворении *нарциссических архаических потребностей*, возвращение к *внутриутробным* переживаниям). На *третьем* сеансе был предложен мотив «*ручей*». Сам ручей был с солоноватой водой (*фрустрации оральных потребностей* на первом году жизни). Очень приятно было стоять под водопадом. Здесь вода была пресная и очень приятная. После сеанса «*кататимной гидротерапии*» прошло ушибленное накануне плечо. От водопада поднялся по тропинке вверх к источнику. Здесь вода опять была солоноватая.

На *четвертом* сеансе П. было предложено подняться в образе в «*гору*». П. представил три крутые горы с острой вершиной. Была осень, сентябрь, осеннее небо (признак общего *подавленного фона настроения*). Поднялся на среднюю гору. На вершине был снег, и росло дерево - дуб. Самое приятное в образе было находиться на вершине. Наблюдаемая панорама: впереди - город, слева - поля и самолет, справа - река с паромом, позади - луг, дорога. Спустился вперед к городу. Попрощался на скамейке у города. Опять пошел дождь. После сеанса прошла голова. К следующему сеансу помимо рисунков горы принес аппликации пластилином на картоне, изображающую саму гору (вид сбоку) и открывающуюся с ее вершины панораму. (Подъем в гору способствует повышению *самооценки* и *уровня притязаний*, преодолению *депрессивных тенденций*, а тем самым и усилению *иммунитета* благодаря усилению «*веры в будущее*».)

На *пятом* сеансе предложил представить ту гору, которая была в прошлый раз, а у ее подножия - «*пещеру*». Был летний день. В образе П. было шесть лет («*регрессия ради прогрессии*»), на нем была красная шапка (кепка), синяя курточка. Зашел в пещеру. Там темно. Летучая мышь. В пещере протекал ручей около 1,5 м шириной. Вода холодная, холоднее, чем, в водопаде, пресная, родниковая и такая же приятная, как в водопаде. Справа оказалась лодка. П. сел в нее и поплыл налево вглубь пещеры. Впереди был просвет - другой вход (или выход) из пещеры. Здесь река поворачивала и уходила дальше вглубь пещеры. Павлик захотел продолжить путь по реке. В конце концов, он добрался до конца пещеры. Здесь был еще один вход (или выход) из

пещеры, в который устремлялась река. На лодке дальше было плыть невозможно, он вышел из нее и стал ползком пробираться на четвереньках из пещеры. Сначала вылез наполовину, потом целиком на свет (символика *рождения*). Оказался высоко в горах, там, где в прошлом образе начинался водопад. Здесь было **ОЧЕНЬ** приятно, пробовал воду, умывался, стало легко и хорошо.

На *шестом* сеансе представил на опушке леса «*семью животных*» - 5 зайцев. Пошел за ними и залез с ними в нору. Самое приятное было находится в норе (возвращение к *внутриутробным* переживаниям). На *седьмом* сеансе представлял «дом». Самым приятным было находиться в погребке (вновь возвращение к *внутриутробным* переживаниям). На *восьмом* сеансе представлял «*водопад и облако*». Самое приятное - быть облаком. На *девятом* сеансе представлял «*облако и море*». Самое приятное - купаться в море (удовлетворение *нарциссических архаических потребностей*).

За время психотерапии приступов *бронхиальной астмы* не было. Улучшилось общее соматическое состояние. П. стал посещать спортивную секцию.

2. Проведите сеанс мышечной релаксации, включающий упражнения «Уставшая рука», «Левитация руки», «Мысленное движение – пальцы рук», «Мысленное движение – от макушки до пяток».

УПРАЖНЕНИЕ «УСТАВШАЯ РУКА» («НАШИ ПАЛЬЧИКИ УСТАЛИ...»)

Упражнение для развития «мышечного чувства», чтобы запомнить ощущение расслабления мышцы. Используйте наблюдение за внутренними ощущениями, связанными с мышечным расслаблением. При этом первоначально состояние расслабления мышцы возникает на автоматическом уровне, после ее предварительного напряжения, являясь физиологическим следствием утомления (центральные механизмы утомления). Данная закономерность образно называется «законом маятника» (Цзен Н.В., Пахомов Ю.В., 1988).

Примите удобную позу сидя или лежа. Закройте глаза, чтобы сосредоточить внимание на внутренних ощущениях, отключившись от всего внешнего, постороннего. Поднимите правую руку на уровень плеч. Начните быстро и сильно, изо всех сил сжимать и разжимать кулак. Еще, еще... до тех пор, пока не почувствуете, что рука устала и нет сил продолжать. Положите обе руки на колени, симметрично. Наблюдайте за ощущениями в них. Постарайтесь заметить разницу ощущений в правой и левой кисти. При этом в первую очередь обратите внимание на следующие ощущения, характерные для расслабления мышцы:

1. Чувство веса. Почувствуйте, насколько правая кисть тяжелее, чем левая.
2. Чувство температуры. Почувствуйте, насколько правая кисть теплее.

Постарайтесь запомнить ощущения тяжести и тепла – они вам еще пригодятся в дальнейшем. Понаблюдайте за ними как бы с разных сторон, сравнивая их с известными, привычными ощущениями (рука устала, как после тяжелой работы... тепло, как будто лежишь в горячей ванне...). Подобным образом поработайте с ощущениями 5-6 минут. Затем, сохраняя теперь уже привычные ощущения в кисти, переходите непосредственно к выполнению следующего упражнения.

В последующем, когда вы уже освоите полную процедуру расслабления и будете использовать ее в повседневной жизни для отдыха и снятия стресса, каждый раз начинайте расслабление с выполнения этого упражнения (достаточно 20-30 секунд), используя его как «ключ» (или «якорь», или условно-рефлекторный сигнал) для входа в состояние расслабления.

И еще одно практическое дополнение. Если вы в последующем будете выполнять процедуру расслабления среди дня и после этого необходимо будет вернуться к обычной деятельности, то перед выходом из состояния расслабления не забудьте как бы стряхнуть

с себя чувство тяжести. Лучше всего для этого напрячь все мышцы тела, как бы потягиваясь и одновременно медленно и глубоко вдыхая, затем на секунду задержать дыхание на высоте мышечного напряжения и потом с резким выдохом сбросить напряжение... открыть глаза и встать. (Эта несложная процедура для выхода из состояния расслабления именуется «активизирующий выход».)

УПРАЖНЕНИЕ «ЛЕВИТАЦИЯ РУКИ»

Рассчитанное на осознание тонких изменений мышечного тонуса, упражнение помогает прочувствовать связь мышечного тонуса с дыханием (дыхательные синкинезии). Замедленное произвольное движение («телесная гомеопатия», по выражению В. Баскакова) в данном упражнении имитирует феномен «всплывания» руки с фиксацией ее положения (каталепсией), наблюдаемый при трансовых состояниях. При этом важно также согласовывать подъем руки с дыханием, чтобы имитировать ступенчатое движение (физиологический феномен «зубчатого колеса»), когда с каждым дыхательным циклом рука поднимается (или опускается) на небольшую

«ступеньку» (образно это упражнение называется «дыхательный домкрат»).

Итак, примите удобное положение (сидя, полусидя или лежа - безразлично), постарайтесь расслабиться. Представьте зрительно и постарайтесь вжиться телесно в образ «надувной куклы». Вначале это просто пластиковый мешок, из которого выпущен воздух... Постепенно с помощью дыхания эта оболочка заполняется воздухом и расправляется, принимая свою действительную форму... С каждым вдохом рука чуть-чуть приподнимается... сначала один палец... потом другой... затем кисть целиком... затем предплечье отрывается...

Постепенно вся рука поднимается на уровень плеча. В этом положении ее можно зафиксировать, представляя, будто рука не просто замерла, а механически заблокирована и просто НЕ МОЖЕТ опуститься... как будто бы она не подчиняется вашему сознательному контролю... Прочувствуйте это ощущение и запомните связанное с ним (диссоциированное) состояние.

Затем препятствие устраняется и рука опускается, причем также постепенно, но не плавно, а ступенчато... Можно зрительно представить зубчатое колесо, которое с каждым выдохом поворачивается на один шаг... Соответственно опускается и связанная с ним в мысленном представлении рука... В тот момент, когда долгое движение руки подошло к финальной точке и она соприкасается с поверхностью тела, постарайтесь также запомнить и прочувствовать свое состояние - момент релаксации.

Усовершенствованный вариант упражнения – использование глазодвигательных синкинезий. При подъеме руки с каждым вдохом глаза направляются вверх и в сторону, соответствующую поднимаемой руке; при опускании - поворот глаз производится на выдохе, соответственно вниз и в сторону опускаемой руки.

Примечание: важным следствием рефлексорных взаимосвязей мышечного тонуса и дыхания является практическое применение дыхательно-тонических влияний на мышечный аппарат при выполнении релаксационных упражнений. Для этого напряжение мышц (в том числе идеомоторное) осуществляется на вдохе, расслабление - на выдохе.

УПРАЖНЕНИЕ «МЫСЛЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ - ПАЛЬЦЫ РУК»

Тренировка навыка идеомоторных движений как элемента мышечного расслабления. Совершаем движение только в мысленном представлении, в воображении, а не наяву, в то же время получая мышечный отклик, связанный с движением. Идеомоторное движение может сопровождаться зрительным образом, а может оставаться только на уровне телесных ощущений, как «зарождающееся» движение, прерванное на начальной стадии. Подобного рода минимальную, редуцированную двигательную активность иногда можно наблюдать во сне (когда мы помним свои сны - «хотел убежать, но руки и ноги не слушаются»).

Правая кисть лежит на коленях ладонью вверх. Для контроля положите ладонь левой руки поверх правой. Закрыв глаза, мысленно представляем правую кисть,

наблюдаем за ощущениями в ней. Начинаем представлять, как пальцы правой кисти сжимаются в кулак... одновременно чуть-чуть сгибая их на самом деле и напрягая мышцы кисти. Левая ладонь чувствует небольшое давление со стороны пальцев правой. Расслабляем правую кисть, одновременно чуть сильнее прижимая левую ладонь к правой. Повторяем и воображаемое, и действительное движение пальцев, но теперь реальное движение делаем с еще меньшей амплитудой, по-прежнему контролируя его левой ладонью. Повторяем все снова с еще меньшей амплитудой, еще меньшей... еще... до тех пор, пока левая ладонь не перестанет воспринимать незначительное, неощутимое движение пальцев правой, но в вашем мысленном представлении и в ощущениях пальцев правой кисти ощущение движения и ощущение напряжения кисти сохранится.

Следующий исключительно важный шаг - соединить воедино два навыка, два ощущения - мышечное расслабление (тяжесть, тепло) и идеомоторное движение. Для этого возвращаемся к упражнению «Уставшая рука» и выполняем его полностью в воображении, стараясь при этом добиться столь же реалистичных, осязаемых ощущений тепла и тяжести в руке, что и при мышечной работе наяву. Затем в следующем упражнении переходим к расслаблению мышц уже всего тела.

УПРАЖНЕНИЕ «МЫСЛЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ - ОТ МАКУШКИ ДО ПЯТОК»

Упражнение предназначено для того, чтобы запомнить последовательность расслабления различных групп мышц и соответствующие мысленно представляемые движения. Необходимые движения для каждой группы мышц представлены в таблице.

Примите удобное для расслабления положение (сидя или лежа). Закройте глаза, чтобы сосредоточить все внимание на внутренних ощущениях. Дышите в медленном темпе. Прodelайте движения, задаваемые

таблицей для данной группы мышц, не менее 8-10 раз.

Вначале выполняйте движения в полном объеме, с максимальным усилием, напрягая мышцы, затем постепенно уменьшая степень мышечного напряжения и амплитуду движений до едва заметных, в то же время запоминая ощущения в соответствующих группах мышц. Затем проделайте их только в мысленном представлении. Потренируйтесь не менее 15-20 минут, работая с отдельными мышечными группами. Затем соберите воедино все отработанные навыки, проделайте процедуру расслабления полностью, сверху донизу, от головы и рук к ногам. Для каждой мышечной группы повторяйте мысленное движение несколько раз, добиваясь все более отчетливых ощущений расслабления.

После того как все перечисленные в таблице мышечные группы в достаточной мере расслаблены, наблюдайте за общим ощущением расслабления. Постарайтесь в полной мере ощутить на себе силу земного притяжения. Представьте, что тяжесть как будто наваливается на все тело, придавливает его. Возникает ощущение, будто вы не владеете собственным телом, не можете пошевелить ни рукой, ни ногой - словно бы мозг еще не научился это делать, как у новорожденного ребенка. Продолжая аналогию с ребенком, можете представить все тело мягким и податливым. Представьте, что даже косточки как будто сделались мягкими, еще не пропитанными кальцием, как у ребенка в утробе матери. Затем можно представить, будто руки и ноги... увеличиваются в размере, удлиняются, становятся объемнее, затем то же самое происходит с шеей. [Примечание: на фоне глубокого расслабления чувство тяжести может смениться легкостью, невесомостью].

Побудьте немного в этом состоянии, не торопитесь выходить из него, отдыхайте в нем. Когда вы решите вернуться, не забудьте проделать активизирующий выход. [Тем самым создается ощущение бодрости, хорошего самочувствия, высокой работоспособности - «расслабление, которое делает сильнее».]

Если при выполнении упражнения в положении лежа появляется выраженная сонливость, особенно в тот момент, когда сон не входит в ваши планы, то в самом начале

упражнения поставьте одну руку на локоть вертикально и удерживайте ее в этом положении (если начнете засыпать, упавшая рука вас разбудит).

В последующем возвращайтесь к этому упражнению повторно для выработки устойчивого навыка расслабления. Постепенно, по мере повышения тренированности вся процедура будет получаться быстрее.

После достижения подобного автоматизма можете попробовать разнообразить ощущения, представляя дополнительные их детали (субмодальности), например, управляемое пространственное распределение ощущений, создающее их мозаичность («сейчас правая кисть становится теплее всех других участков тела... а теперь это тепло перетекает в правую голень... а теперь вся правая половина тела теплее, чем левая... а сейчас тепло по всему туловищу распределяется равномерно...»), а также дополнительные ощущения, запомнив их в естественном проявлении и затем воспроизводя по памяти.

Например, массажное поглаживание (особенно на лице – для женщин этот «психологический массаж» может стать незаменимой омолаживающей косметической процедурой), обдувание прохладным ветерком (на лице) или обдавание горячим банным паром (на туловище). Словом, используйте свое воображение.

Таблица: «Краткая схема мышечного расслабления»

	Группа расслабляемых мышц	Представляемое движение
<i>Лицо и мышцы скальпа</i>		
А	Мимические мышцы	
	Мышцы лба	Наморщить лоб, нахмурить брови «Разгладить» лоб, «растягивая» кожу волосистой части головы
	Мышцы, окружающие глаза	Зажмурить глаза; круговые движения глаз
	Мышцы, окружающие рот	Вытянуть губы, как при поцелуе
	Щечная мышца	Надуть щеки
Б	Жевательные мышцы	Стиснуть зубы; сместить челюсть вправо/влево
В	Язык	Прижатие к зубам/«западение» языка
<i>Руки и плечи</i>		
1	Кисти рук	Сжатие кулака
2	Руки от кисти до локтя	Сгибание и разгибание в лучезапястных суставах со сжатыми кулаками
3	Руки от локтя до плеча	Сгибание и разгибание рук в локте
4	Плечи	«Пожимание» плечами
<i>Туловище и шея</i>		
1	Затылок, спина, шея (задняя поверхность)	Прогибание («мостик»)
2	Грудь, живот, шея (передняя поверхность)	Натуживание с прижатием подбородка к груди
3	Грудь, живот, шея (боковая поверхность)	Боковые наклоны
<i>Ноги</i>		
1	Стопы	Максимальное сгибание и разгибание стоп (тянуть носки на себя и от себя с усилием, до предела)
2	Ноги целиком	Приседание; «ножницы»

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме:
Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы
по дисциплине

«Основы психосоматики»

специальность **37.05.02 Психология служебной деятельности**

специализация **Психологическое обеспечение коммуникаций в служебной деятельности**

Форма обучения **очная**

Год начала обучения **2026**

Реализуется в **9** семестре

Ставрополь, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Методические рекомендации по изучению теоретического материала

Методические рекомендации по написанию и оформлению научного проекта

Методические рекомендации по конспектированию первоисточников

Список рекомендуемой литературы

ВВЕДЕНИЕ

Современные стандарты подготовки бакалавров предусматривают значительный объем внеаудиторной работы. Освоение программы курса предполагает получение как теоретических знаний по проблемам психосоматики, так и формирование навыков практической работы. Поэтому самостоятельная работа в рамках курса ориентирована как на теоретический, так и на практический аспект.

Самостоятельная работа студентов – это выполнение теоретических и практических заданий студентами по усвоению изучаемой дисциплины «Основы психосоматики».

Целью самостоятельной работы является закрепление и углубление знаний, полученных студентами на лекциях, подготовке к текущим практическим занятиям, промежуточным формам контроля знаний и к итоговому контролю.

Дидактические цели самостоятельных занятий:

- ~ формирование профессиональных умений;
- ~ формирование умений и навыков самостоятельного умственного труда;
- ~ мотивирование регулярной целенаправленной работы по освоению специальности;
- ~ развитие самостоятельности мышления;
- ~ формирование убежденности, волевых черт характера, способности к самоорганизации;
- ~ овладение технологическим учебным инструментом.

Самостоятельная работа включает те разделы курса, которые не получили достаточного освещения на лекциях по причине ограниченности лекционного времени и большого объема изучаемого материала.

Методическое обеспечение самостоятельной работы по дисциплине состоит из:

- 1) Определения учебных вопросов, которые студенты должны изучить самостоятельно;
- 2) Подбора необходимой учебной литературы, обязательной для проработки и изучения;
- 3) Поиска дополнительной научной литературы, к которой студенты могут обращаться по желанию, если у них возникает интерес в данной теме;
- 4) Определения контрольных вопросов, позволяющих студентам самостоятельно проверить качество полученных знаний;
- 5) Организации консультаций преподавателя со студентами для разъяснения вопросов, вызвавших у обучающихся затруднения при самостоятельном освоении учебного материала.

Самостоятельная работа студента – это особым образом организованная деятельность, включающая в свою структуру такие компоненты, как:

- ~ уяснение цели и поставленной учебной задачи;
- ~ четкое и системное планирование самостоятельной работы;
- ~ поиск необходимой учебной и научной информации;
- ~ освоение собственной информации и ее логическая переработка;
- ~ использование методов исследовательской, научно-исследовательской работы для решения поставленных задач;
- ~ выработка собственной позиции по поводу полученной задачи;
- ~ представление, обоснование и защита полученного решения;
- ~ проведение самоанализа и самоконтроля

Виды самостоятельных работ по учебной дисциплине:

- ~ работа с понятийным аппаратом;
- ~ конспектирование первоисточников;
- ~ проектирование фрагментов исследовательской деятельности;
- ~ анализ научных исследований по психологической проблематике;
- ~ подготовка научного проекта по теме.

Контроль знаний студентов включает формы текущего и итогового контроля. Текущий контроль осуществляется в процессе изучения курса и включает в себя оценку работы студентов на практических занятиях (круглый стол, собеседование, групповые научные проекты, тестирование), а также подготовку домашнего задания.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Комплексное изучение предлагаемой студентам учебной дисциплины «Основы психосоматики» предполагает овладение материалами лекций, учебников, программы, творческую работу студентов в ходе проведения практических и лабораторных занятий, а также систематическое выполнение заданий для самостоятельной работы.

В ходе лекций раскрываются основные вопросы в рамках рассматриваемых тем, делаются акценты на наиболее сложные и интересные положения изучаемого материала, которые должны быть приняты студентами во внимание. Материалы лекций являются основой для подготовки студентов к лабораторным и практическим занятиям.

Работа с конспектом лекций

Просмотрите конспект сразу после занятий. Отметьте материал конспекта лекций, который вызывает затруднения для понимания. Попытайтесь найти ответы на затруднительные вопросы, используя предлагаемую литературу. Если самостоятельно не удалось разобраться в материале, сформулируйте вопросы и обратитесь на текущей консультации или на ближайшей лекции за помощью к преподавателю.

Каждую неделю отводите время для повторения пройденного материала, проверяя свои знания, умения и навыки по контрольным вопросам и тестам.

Выполнение практических занятий по дисциплине «Основы психосоматики»

На первом занятии получите у преподавателя задания по курсу, планы подготовки к практическим занятиям. Обзаведитесь всем необходимым методическим обеспечением.

Перед практическими занятиями изучите теорию вопроса, предполагаемого к исследованию, ознакомьтесь с опытом других исследователей в этом направлении.

Целью практических занятий является:

- ~ закрепление методов приложения теории к решению практических задач анализа и синтеза психологического знания;
- ~ проверка уровня понимания студентами вопросов, рассмотренных на лекциях и по учебной литературе, степени и качества усвоения материала;
- ~ обучение навыкам освоения методики эксперимента и работы с нормативно-справочной литературой;
- ~ восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказание помощи в его усвоении.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ НАУЧНОГО ПРОЕКТА

Написание научного проекта по дисциплине «Основы психосоматики» является одним из видов самостоятельной работы студентов по изучению предмета. Данный вид работы способствует повышению качества усвоения программного материала, углубленному пониманию наиболее сложных вопросов курса, расширению круга рассматриваемых проблем, овладению научными методами анализа психологических явлений.

Работая с литературными источниками, не следует ограничиваться простым пересказом содержания прочитанного. Необходимо выделить наиболее важные теоретические положения и обосновать их, раскрыть особенности различных точек зрения на один и тот же вопрос, оценить практическое и теоретическое значение результатов реферируемой работы, а также выразить собственное отношение к идеям и выводам

автора, подкрепив его определенными аргументами (личным опытом, высказываниями других исследователей и пр.).

Реферируемый источник, списки использованной литературы, а также все ссылки на литературные работы должны быть оформлены по алфавиту с указанием фамилии и инициалов автора, название источника, места и года издания; для журнальных статей необходимо указать фамилию и инициалы автора, название статьи, журнала, год издания и номер.

1. Общие положения

1.1. Проект, как вид самостоятельной работы в учебном процессе, способствует формированию навыков исследовательской работы, расширяет познавательные интересы, учит критически мыслить.

1.2. При написании проекта по заданной теме студент составляет план, подбирает основные источники.

1.3. В процессе работы с источниками систематизирует полученные сведения, делает выводы и обобщения.

1.4. К проекту по крупной теме могут привлекать несколько студентов, между которыми распределяются вопросы выступления.

2. Выбор темы проекта

2.1. Тематика проекта обычно определяется преподавателем, но в определении темы инициативу может проявить и студент.

2.2. Прежде чем выбрать тему проекта, студенту необходимо выявить свой интерес, определить, над какой проблемой он хотел бы поработать, более глубоко ее изучить.

3. Этапы работы над проектом

3.1. Формулирование темы, причем она должна быть не только актуальной по своему значению, но и оригинальной, интересной по содержанию.

3.2. Подбор и изучение основных источников по теме (как правильно, при разработке проекта используется не менее 8-10 различных источников).

3.3. Составление списка использованных источников.

3.4. Обработка и систематизация информации

3.5. Разработка плана проекта.

3.6. Написание проекта.

3.7. Публичное выступление с результатами исследования.

4. Структура проекта:

- ~ титульный лист

- ~ оглавление (в нем последовательно излагаются названия пунктов проекта, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт);

- ~ введение (формулирует суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи проекта, дается характеристика используемой литературы);

- ~ основная часть (каждый раздел ее, доказательно раскрывая отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы);

- ~ заключение (подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме проекта, предлагаются рекомендации);

- ~ список использованных источников

5. Структура и содержание проекта

5.1. Введение - это вступительная часть научно-исследовательской работы. Автор должен приложить все усилия, чтобы в этом небольшом по объему разделе показать актуальность темы, раскрыть практическую значимость ее, определить цели и задачи эксперимента или его фрагмента.

5.2. Основная часть. В ней раскрывается содержание проекта. Как правило, основная часть состоит из теоретического и практического разделов. В теоретическом разделе раскрываются история и теория исследуемой проблемы, дается критический анализ литературы и показываются позиции автора. В практическом разделе излагаются методы, ход, и результаты самостоятельно проведенного эксперимента или фрагмента.

В основной части могут быть также представлены схемы, диаграммы, таблицы, рисунки и т.д.

5.3. В заключении содержатся итоги работы, выводы, к которым пришел автор, и рекомендации. Заключение должно быть кратким, обязательным и соответствовать поставленным задачам.

5.4. Список использованных источников представляет собой перечень использованных книг, статей, фамилии авторов приводятся в алфавитном порядке, при этом все источники даются под общей нумерацией литературы. В исходных данных источника указываются фамилия и инициалы автора, название работы, место и год издания.

5.5. Приложение к проекту оформляются на отдельных листах, причем каждое должно иметь свой тематический заголовок и номер, который пишется в правом верхнем углу, например: «Приложение 1»

6. Требования к оформлению проекта

6.1. Объем проекта может колебаться в пределах 5-15 печатных страниц; все приложения к работе не входят в ее объем.

6.2. Проект должен быть выполнен грамотно, с соблюдением культуры изложения.

6.3. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу.

6.4. Должна быть соблюдена последовательность написания библиографического аппарата.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНСПЕКТИРОВАНИЮ ПЕРВОИСТОЧНИКОВ

Изучение и анализ литературных источников является обязательным видом самостоятельной работы студентов. Изучение литературы по избранной теме имеет своей задачей проследить характер постановки и решения определенной проблемы различными авторами, аргументацию их выводов и обобщений, провести анализ и систематизировать полученный материал на основе собственного осмысления с целью выяснения современного состояния вопроса.

Проработка отобранного материала обязательно должна идти с одновременным ведением записей прочитанного и своих замечаний. Запись может иметь как форму конспекта, так и выписок, а также картотеку положений, тезисов, идей, методик, что в дальнейшем облегчит классификацию и систематизацию полученного материала. Такого рода записи являются лучшим способом накопления и первичной обработки материал, одной из обязательных форм организации умственного труда.

Планом удобно пользоваться при подготовке к устному выступлению по выбранной теме. Каждый пункт плана должен раскрывать одну из сторон избранной темы, а весь план должен охватывать ее целиком.

Тезисы предполагают сжатое изложение основных положений текста в форме утверждения или отрицания. Они являются более совершенной формой записей и представляют основу для дискуссии. К тому же их легко запомнить.

Конспектирование – процесс мысленной переработки и письменной фиксации информации, в виде краткого изложения основного содержания, смысла какого-либо текста.

Результат конспектирования – запись, позволяющая конспектирующему немедленно или через некоторый срок с нужной полнотой восстановить полученную

информацию. Конспект в переводе с латыни означает «обзор». По существу его и составлять надо как обзор, содержащий основные мысли текста без подробностей и второстепенных деталей. Конспект носит индивидуализированный характер: он рассчитан на самого автора и поэтому может оказаться малопонятным для других.

Для того чтобы осуществлять этот вид работы, в каждом конкретном случае необходимо грамотно решить следующие задачи:

1. Сориентироваться в общей композиции текста (уметь определить вступление, основную часть, заключение).
2. Увидеть логико-смысловую канву сообщения, понять систему изложения автором информации в целом, а также ход развития каждой отдельной мысли.
3. Выявить «ключевые» мысли, т. е. основные смысловые вехи, на которые «нанизано» все содержание текста.
4. Определить детализирующую информацию.
5. Лаконично сформулировать основную информацию, не перенося на письмо все целиком и дословно.

Во всяком научном тексте содержится информация 2-х видов: основная и вспомогательная. Основной является информация, имеющая наиболее существенное значение для раскрытия содержания темы или вопроса. К ней относятся: определения научных понятий, формулировки законов, теоретических принципов и т. д. Назначение вспомогательной информации – помочь читателю лучше усвоить предлагаемый материал. К этому типу информации относятся разного рода комментарии. Основную – записываем как можно полнее, вспомогательную, как правило, опускаем. Содержание конспектирования составляет переработка основной информации в целях ее обобщения и сокращения. Обобщить – значит представить ее в более общей, схематической форме, в виде тезисов, выводов, отдельных заголовков, изложения основных результатов и т. п. Читая, мы интуитивно используем некоторые слова и фразы в качестве опорных. Такие опорные слова и фразы называются ключевыми. Ключевые слова и фразы несут основную смысловую и эмоциональную нагрузку содержания текста.

Выбор ключевых слов – это первый этап смыслового свертывания, смыслового сжатия материала.

Важными требованиями к конспекту являются наглядность и обозримость записей и такое их расположение, которое давало бы возможность уяснить логические связи и иерархию понятий.

По форме конспекты подразделяются на формализованные и графические.

1. Формализованные (все записи вносятся в заранее подготовленные таблицы).

Это удобно, во-первых, при конспектировании материалов, когда перечень характеристик описываемых предметов или явлений более или менее постоянен, во-вторых, при подготовке единого конспекта по нескольким источникам. Особенно если есть необходимость сравнения отдельных данных. Разновидностью формализованного конспекта является запись, составленная в форме ответов на заранее подготовленные вопросы, обеспечивающие исчерпывающие характеристики однотипных предметов или явлений.

2. Графические (элементы конспектируемой работы располагаются в таком виде, при котором видна иерархия понятий и взаимосвязь между ними).

По каждой работе может быть не один, а несколько графических конспектов, отображающих книгу в целом и отдельные ее части. Ведение графического конспекта – наиболее совершенный способ изображения внутренней структуры книги, а сам этот процесс помогает усвоению ее содержания.

Можно выделить следующие основные **типы конспектов: плановый, текстуальный, сводный, тематический.**

Плановый – легко получить с помощью предварительно сделанного плана произведения, каждому вопросу плана отвечает определенная часть конспекта:

- а) вопросно-ответный (на пункты плана, выраженные в вопросительной форме, конспект дает точные ответы);
- б) схематичный плановый конспект (отражает логическую структуру и взаимосвязь отдельных положений).

Текстуальный – это конспект, созданный в основном из цитат.

Сводный конспект – сочетает выписки, цитаты, иногда тезисы; часть его текста может быть снабжена планом.

Тематический – дает более или менее исчерпывающий ответ (в зависимости из числа привлеченных источников и другого материала, например, своих же записей) на поставленный вопрос – тему: обзорный; хронологический.

Роль конспекта – чисто учебная: он помогает зафиксировать основные понятия и положения первичного текста и в нужный момент их воспроизвести, например, при написании реферата или подготовке к экзамену.

Способы конспектирования.

- **Тезисы** – это кратко сформулированные основные мысли, положения изучаемого материала. Тезисы лаконично выражают суть читаемого, дают возможность раскрыть содержание. Приступая к освоению записи в виде тезисов, полезно в самом тексте отмечать места, наиболее четко формулирующие основную мысль, которую автор доказывает (если, конечно, это не библиотечная книга). Часто такой отбор облегчается шрифтовым выделением, сделанным в самом тексте.

- **Линейно-последовательная запись текста.** При конспектировании линейно – последовательным способом целесообразно использование плакатно-оформительских средств, которые включают в себя следующие:

- сдвиг текста конспекта по горизонтали, по вертикали;
- выделение жирным (или другим) шрифтом особо значимых слов;
- использование различных цветов;
- подчеркивание;
- заключение в рамку главной информации.

- **Способ «вопросов – ответов».** Он заключается в том, что, поделив страницу тетради пополам вертикальной чертой, конспектирующий в левой части страницы самостоятельно формулирует вопросы или проблемы, затронутые в данном тексте, а в правой части дает ответы на них.

Одна из модификаций способа «вопросов – ответов» - таблица, где место вопроса занимает формулировка проблемы, поднятой автором (лектором), а место ответа – решение данной проблемы. Иногда в таблице могут появиться и дополнительные графы: например, «мое мнение» и т. п.

- **Схема с фрагментами** – способ конспектирования, позволяющий ярче выявить структуру текста, - при этом фрагменты текста (опорные слова, словосочетания, пояснения всякого рода) в сочетании с графикой помогают созданию рационально - лаконичного конспекта.

- **Простая схема** – способ конспектирования, близкий к схеме с фрагментами, объяснений к которой конспектирующий не пишет, но должен уметь давать их устно. Этот способ требует высокой квалификации конспектирующего. В противном случае такой конспект нельзя будет использовать.

- **Параллельный способ** конспектирования. Конспект оформляется на двух листах параллельно или один лист делится вертикальной чертой пополам и записи делаются в правой и в левой части листа.

Однако лучше использовать разные способы конспектирования для записи одного и того же материала.

Комбинированный конспект – вершина овладения рациональным конспектированием. При этом умело используются все перечисленные способы, сочетая их в одном конспекте (один из видов конспекта свободно перетекает в другой в

зависимости от конспектируемого текста, от желания и умения конспектирующего). Именно при комбинированном конспекте более всего проявляется уровень подготовки и индивидуальность студента.

Принципы составления конспекта прочитанного.

1. Записать все выходные данные источника: автор, название, год и место издания. Если текст взят из периодического издания (газеты или журнала), то записать его название, год, месяц, номер, число, место издания.

2. Выделить поля слева или справа, можно с обеих сторон. Слева на полях отмечаются страницы оригинала, структурные разделы статьи или книги (названия параграфов, подзаголовки и т. п.), формулируются основные проблемы. Справа – способы фиксации прочитанной информации.

Один из видов чтения – углубленное – предполагает глубокое усвоение прочитанного и часто сохранение информации в целях последующего обращения к ней. Эффективность такого чтения повышается, если прочитанное зафиксировано не только в памяти, но и на бумаге. Психологи утверждают, что записанное лучше и полнее усваивается, прочнее откладывается в памяти. Установлено, что если прочитать 1000 слов и затем записать 50, подытоживающих прочитанное, то коэффициент усвоения будет выше, чем, если прочитать 10000 слов, не записав ни одного. Кроме того, при записи прочитанного формируется навык свертывания информации. И, наконец, чередование чтения и записывания уменьшает усталость, повышает работоспособность и производительность умственного труда.

1. Резюмирование.

Резюме – краткий итог прочитанного, содержащий его оценку. Резюме характеризует основные выводы книги, главные итоги.

Выбор языковых средств для построения резюме-выводов подчинен основной задаче свертывания информации: минимум языковых средств – максимум информации. Это обычно одно – три четких, кратких, выразительных предложения, раскрывающих, по мнению автора, самую суть описываемого объекта.

2. Аннотация.

Аннотация – краткая обобщенная характеристика печатной работы (книги, статьи), включающая иногда и его оценку. Это наикратчайшее изложение содержания первичного документа, дающее общее представление о теме.

Основное ее назначение – дать некоторое представление о книге (статье, научной работе) с тем, чтобы рекомендовать ее определенному кругу читателей или воспользоваться своими записями при выполнении работы исследовательского, реферативного характера. Поэтому аннотации не требуют изложения содержания произведения, в ней лишь перечисляются вопросы, которые освещены в первоисточнике (содержание этих вопросов не раскрывается). Аннотация отвечает на вопрос: «О чем говорится в первичном тексте?», дает представление только о главной теме и перечне вопросов, затрагиваемых в тексте первоисточника.

Текст аннотации не стандартизирован. В научной литературе можно встретить различные требования к составлению аннотаций. Например, текст справочной аннотации может включать следующие сведения:

- тип и название аннотируемого документа (монография, диссертация, сборник, статья и т. п.)
- задачи, поставленные автором аннотируемого документа
- метод, которым пользовался автор (эксперимент, сравнительный анализ, компиляция других источников)
- принадлежность автора к определенной научной школе или направлению
- структуру аннотируемого документа
- предмет и тему произведения, основные положения и выводы автора

- характеристику вспомогательных иллюстративных материалов, дополнений, приложений, справочного аппарата, включая указатели и библиографию.

Примерные задания для конспектирования и аннотирования:

Раздел 1. Предпосылки психосоматических расстройств

Тема 1. Психосоматические идеи в истории науки

Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // *Вестник МГУ. Серия 14. Психология*, 1996, №2. С. 8-18.

Тема 2. Психосоматика как область междисциплинарных исследований: в поисках предмета психологического изучения

1. Глава 1 «Предпосылки психосоматических расстройств» // *Психосоматические заболевания: полный справочник* / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003.
2. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // *Телесность человека: междисциплинарные исследования (сборник факультета психологии МГУ)*. – М., 1991. С.45-54.

Тема 5. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы исследования «внутренней картины болезни» // *Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*. – Л.: Медицина, 1983.

Раздел 2. Клинические проявления психосоматических расстройств

Тема 8. Псевдоневрологические расстройства

Исследование чувствительности // *Психосоматические заболевания: полный справочник* / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: Эксмо, 2003.

Тема 9. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы

Крылов А.А., Крылова Г.С. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью // *Клиническая медицина*. – 2001. - № 6. С. 56-57.

Тема 11. Психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы

1. Губачев Ю.М., Симаненков В.И., Ананьев В.А. Адаптивно-компенсационные психосоматические механизмы реагирования на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки // *В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии*. – Л., 1990. С. 26-32.
2. Марилов В.В. Психогенные тошноты и рвоты (особенности развития и формирования) / В.В. Марилов, М.В. Коркина // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2003. - № 4. - С. 5-9.

Тема 12. Психогенные сексуальные расстройства и психосоматические состояния, связанные с ними

Васильченко Г.С и др. Нарушения психосексуального развития // В кн. Сельченко К. Психосексология: хрестоматия. Харвест, 1998.

Тема 14. Психотерапия при психосоматических заболеваниях

Пезешкиан Н. Новая модель лечения психосоматических нарушений: позитивная психотерапия во врачебной практике // *Психологический журнал*, 1991. - Т. 12. - № 6. С. 105-115.

Форма отчетности о результатах самостоятельной работы по дисциплине

- ~ проект с презентацией;
- ~ конспект первоисточников

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

Психосоматические заболевания. Полный справочник / Е.В. Бочанова [и др.]. - Саратов: Научная книга, 2019. - 575 с. - ISBN 978-5-9758-1845-4

Дополнительная литература:

Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учебное пособие / Т.С. Клименко / Г.С. Човдырова. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. - 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4

Методическая литература:

Методические указания по выполнению практических работ по дисциплине «Основы психосоматики». - Ставрополь: СКФУ, 2022

Интернет-ресурсы:

1. www.eLibrary.ru - Научная электронная библиотека
2. www.biblioclub.ru - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн»
3. www.iprbookshop.ru - Электронно-библиотечная система IPRbooks