Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 11.04.2025 11:10:02
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
Л.А. Кравцова / _____ /
19 апреля 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.18 Психосоматика
основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**37.05.01 Клиническая психология** (код, наименование)
Уровень подготовки	Высшее образование - специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	12 Обеспечение безопасности (в сферах: психодиагностической и консультативной деятельности в интересах обороны и безопасности государства, обеспечения законности и правопорядка; научных исследований)
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	5,5 лет (нормативный срок обучения)
Кафедра	Клинической психологии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 37.05.01 Клиническая психология, направленности 12 Обеспечение безопасности в сфере профессиональной деятельности: психодиагностической и консультативной деятельности в интересах обороны и безопасности государства, обеспечения законности и правопорядка **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования.

Для получения оценки «зачтено» необходимо дать 70% правильных ответов на вопросы теста

5. Критерии оценивания результатов обучения

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.

Приложение 1

Оценочные средства текущего контроля
Вопросы для тестирования

1. Термин психосоматика был введен:
1. Хейнротом в 1818г.
2. Алкмеоном из Кротона в 500 в. до н. э.
3. Гиппократом.

2. Цитата «Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души» принадлежат:
1. Гиппократу.
2. Алкмеону.
3. Сократу.
4. М.Я. Мудрову.

3. Шелдон выделял все указанные типы, КРОМЕ:
3. Эктоморфный
4. Эндоморфный
5. Мезоморфный
6. Лептосомный
7. Диспластический

4. F. Danbar выделяла следующие профили личности, КРОМЕ:
1. Язвенный
2. Коронарный
3. Ипохондрический
4. Гипертонический
5. Склонный к несчастным случаям

5. Слова: «Если печаль не выплакана словами, она заставляет плакать внутренние органы» принадлежат:
1. З. Фрейду
2. Маудслиту
3. В.Я. Мудрову
4. С. Цвейгу

6. З. Фрейд ввел в психопатологию понятие конверсии для обозначения:
1. Соматизации невротических симптомов
2. Отделения либидо от представления в процессы вытеснения последнего с последующим преобразованием либидо в энергию иннервации, обеспечивающей телесное выражение вытесненных представлений;
3.Использования языка тела, когда речевая коммуникация блокирована или неэффективна.
4. Сублимационной регрессии к оральной стадии.

7. З. Фрейд выделял следующие черты конверсии, КРОМЕ:
1. Прямой переход из психической сферы в соматическую;
2. Неумение говорить о своих чувствах;
3. Удержание вне сознания вытесненной либидозной энергии;
4. Возникновение физических симптомов, символически выражающих содержание бессознательных переживаний и таким образом доступных толкованию;
5. Появление симптомов, относящихся к сфере произвольной моторики и сенсорных функций;
6. Связь классической конверсионной симптоматики с сексуальным конфликтом.

8. Мнение о том, что «конверсия в определенных границах представляет собой необходимые формы психического выражения, ставшие необходимыми, благодаря культуральным требованиям к человеку» принадлежит:
1. Г. Гродеку

2. З. Фрейду
3. М. Кляйн
4. Ф. Дойчу

9. Автором концепции ресоматизации как основе возникновения психосоматического расстройства является:

1. З. Фрейд
2. Ф. Дойч
3. Ф. Дольто
4. Шур

10. Термин Фрейда «бегство в болезнь» имеет в виду:

1. Свойственное терминальным больным безразличие ко всему, кроме своей болезни
2. Вариант симуляции психических и физических нарушений с целью ухода от ответственности
3. Неосознаваемую тенденцию избежать напряженной и/или конфликтной ситуации путем образования симптомов

11. Кто полагал, что в условиях психотравмы в случае реальной или воображаемой потери происходит обеднения «Я» и возникает психосоматическое расстройство, которое проходит 2 фазы: невроза и соматической болезни. При этом соматическое расстройство возникает лишь тогда, когда защитные механизмы личности (сублимация, вытеснение) не срабатывают.

1. Шур
2. Александер
3. Данбар
4. Сифнеос
5. Митчерлих

12. Для алекситимии характерно все, КРОМЕ:

1. Неспособность описать свои чувства
2. Сосредоточенность мыслей на мелочах окружающей среды
3. Зависимость от значимого человека
4. Отсутствие фантазий, связанных с чувствами и влечениями

13. Термин алекситимии для характеристики психосоматических больных впервые использовал:

1. Сифнеос
2. Гроддек
3. Митчерлих
4. Александер

14. Александер в дополнение к обычно используемым врачами при сборе анамнеза фактов предложил все, КРОМЕ:

1. Особенности воспитания в раннем детстве
2. Переживание эмоционально травмирующего опыта в младенчестве и раннем детстве
3. Эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей
4. Недавние эмоциональные переживания, связанные интимными, личными и профессиональными отношениями
5. Успешность в школе

15. Деструктивная агрессия в понимании Аммона это:

1. Агрессивное поведение психотических больных
2. Несоциализированное поведение ребенка
3. Выражение интернализированной родительской враждебности, препятствующей удовлетворению потребностей ребенка в идентичности
4. Типичное для аддиктивных личностей проявление агрессивности.

16. Человеку с дефицитарной агрессией свойственно все, КРОМЕ:

1. Чувство вины
2. Неумение защищать свои интересы.
3. Пассивная отстраненность от людей и обстоятельств
4. Избегание ситуаций конфронтации
5. Страх чужих людей

17. Аммон считал, что главным для понимания психосоматических расстройств является:

1. Психология «Я»
2. Анализ сферы бессознательных влечений
3. Механизм регрессии
4. Личностные особенности больных
5. Эмоциональная специфичность

18. К спектру архаических болезнь Аммон относил все, КРОМЕ:

1. Психотические заболевания аффективного круга
2. Психосоматические расстройства
3. Шизофрению
4. Сексуальные перверзии
5. Пограничные синдромы
6. Онкологические заболевания

19. Выражение «мир первобытной пещеры» для обозначения симбиотических отношений матери и ребенка впервые использовал:

1. Г. Аммон
2. М. Кляйн
3. Ф. Дольто
4. Дж. Макдугалл
5. Спитц

20. Нейрогуморальные теории психосоматогенеза рассматривают возникновение психосоматического расстройства как следствие:

1. Воздействия на организм физическим и психических вредных факторов.
2. Нарушения нейрогормонального баланса в организме под влиянием различных внешних и внутренних факторов.
3. Сочетания нарушения нервных и гуморальных способов регуляции жизнедеятельности.

21. Лазарус в качестве отличительной особенности психического стресса рассматривал:

1. Наличие восприятия угрозы
2. Эмоциональное реагирование
3. Степень осознанности
4. Характер реагирования индивида

22. Первой и этапной работой физиологического направления в психосоматике является работа:

1. И.П. Павлова
2. В.М. Бехтерева
3. И.М. Сеченова
4. К.М. Быкова

23. И.П. Павлов рассматривал психосоматические процессы как:

1. Безусловный рефлекс
2. Сложный структурированный рефлекс, соответствующий основной схеме условного рефлекса с его афферентной частью центральной переработки и эфферентной частью дуги.
3. Сложную функциональную систему, претерпевающую изменения в онтогенезе.

24. Основой кортико-висцеральной теории явились основные положения:

1. Конверсионной модели З. Фрейда
2. Учения И.П. Павлова

3. Книги И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга»

25. Биопсихосоциальную модель болезни вместо общепринятой биомедицинской предложил:

1. Лазарус
2. Энджел
3. Крепелин

26. Под комплексом рекапитуляции Энджел понимал все, КРОМЕ:

1. Подавленное настроение
2. Чувство беспомощности и безнадежности
3. Стремление привлечь к себе внимание значимого лица

27. Энджел считал, что комплекс рекапитуляции отражает:

1. «Наивысшую степень дезорганизации личности в результате реакции на стресс»
2. Диффузию идентичности
3. Нарциссический дефект
4. Дефицитарную агрессию

28. Термин «болезни готовности» применительно к психосоматическим расстройствам ввел:

1. R. Lazarus
2. G. Ammon
3. G.L. Engel
4. Th. V. Uexkull

29. По мнению автора теории «болезней готовности» в состоянии готовности происходит:

1. Настройка организма на внешнее чрезвычайно сильное воздействие
2. Переход эмоций, вызванных опасной ситуацией, в телесную готовность
3. Срыв привычных механизмов адаптации организма в ответ на воздействие стрессора

30. С позиций биопсихосоциальной модели болезни Th. V. Uexkull:

1. «феномены каждого уровня самостоятельны, а перевод значения с одного системного уровня на другой осуществляется путем врожденных и приобретенных связей значений»
2. «феномены каждого уровня представлены собственной системой категорий, и находятся в соподчиненном взаимодействии друг с другом»
3. «феномены психологического уровня являются закономерным следствием развития биологического и полностью комплементарны ему»

31. Термин внутренняя картина болезни введен:

1. А. Гольдшейдером
2. А.Р. Лурия
3. В.В. Николаевой
4. Е.А. Шевалевым

32. В.В. Николаева отражает все следующие уровни ВКБ, КРОМЕ:

1. Чувственный уровень ощущений
2. Эмоциональный
3. Интеллектуальный или когнитивный
4. Физиологический
5. Мотивационный

33. Дифференциация ВКБ основана на выделении двух из всех указанных позиций:

1. Гипернозогнозия
2. Агнозия
3. Гипонозогнозия
4. Деструктивная соматогнозия

34. Гипернозогнозия ассоциируется с:

1. Интернальным локусом контроля
2. Экстернальным локусом контроля

35. Гипонозогнозия ассоциируется с:

1. Интернальным локусом контроля
2. Экстернальным локусом контроля

36. Дифференциация нозогенных реакций синдромального уровня основана на выделении всех указанных симптомокомплексов, КРОМЕ:

1. Невротических
2. Патохарактерологических
3. Психотических
4. Аффективных

37. В основе дифференциации соматоформных расстройств (СФР) и психосоматических заболеваний (ПСЗ) лежит:

1. Принцип «объективность – субъективность»
2. Выраженность клинической симптоматики поражения органов и тканей
3. Принцип «мономорфизм – полиморфизм»
4. Наличие или отсутствие невротического конфликта

38. В.В. Николаева выделяет все следующие этапы психосоматического развития, КРОМЕ:

1. Этап развития формы чувственного означивания
2. Этап символического и вербального означивания
3. Этап развития включения предметно-манипулятивных действий
4. Этап включения гностических действий
5. Этап рефлексивного плана сознания

39. К соматоформным расстройствам (F45 по МКБ 10) относятся все, КРОМЕ:

1. соматизированное расстройство;
2. недифференцированное соматоформное расстройство;
3. ипохондрическое расстройство;
4. соматоформная вегетативная дисфункция;
5. хроническое соматоформное болевое расстройство;
6. другие соматоформные расстройства;
7. соматоформное расстройство неуточнённое;
8. расстройства приема пищи

40. Нозогении – это:

1. Психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

2. Реакции экзогенного типа или симптоматические психозы. Эти расстройства относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу массивной соматической вредности (инфекции, интоксикации, неинфекционные соматические заболевания).

41. Соматогении – это:

1. Психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

2. Реакции экзогенного типа или симптоматические психозы. Эти расстройства относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу массивной соматической вредности (инфекции, интоксикации, неинфекционные соматические заболевания).

42. Соматопсихическая коморбидность – это:

1. Независимое параллельное развитие психосоматического расстройства и психогении

2. Параллельное развитие тяжелого соматического заболевания и расстройства аффективного спектра

3. Параллельное развития невроза, психоза и соматического заболевания

43. Классическая Чикагская «семерка» включает все, КРОМЕ:

1. Эссенциальная гипертония
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
3. Ревматоидный полиартрит
4. Неспецифический язвенный колит
5. Нейродерматиты
6. Тиреотоксикоз
7. Сахарный диабет
8. Ишемическая болезнь сердца
9. Бронхиальная астма
10. Болезнь Граве

44. Какое из приводимых утверждений о соматизации эмоций верно:

1. Чем длительнее существуют эмоции, тем больше вероятность их соматизации
2. Уровень соматизации эмоций пропорционален уровню эмпатии
3. Чем беднее возможности психологического выражения эмоций, тем вероятнее их соматизация
4. Соматизация эмоций происходит при нарушении кортико-висцеральных реципрокных связей

45. Пациентка 37-ми лет жалуется на ильные головные боли, возникающие в определенных ситуациях и описываемые ею как ощущение «вколачивания гвоздя». Каков наиболее вероятный диагноз:

1. Энцефалит
2. Опухоль головного мозга
3. Конверсионное расстройство
4. Депрессия

46. Какие из перечисленных симптомов наиболее часты при психогенных сердечно-сосудистых нарушениях:

1. Кардиалгия
2. Нарушения сердечного ритма
3. Сосудистая дистония
4. Все названное
5. Все, кроме п. 2

47. Нарушения сердечно-сосудистой системы психогенной природы обычно протекают:

1. Сезонно
2. Хронически
3. С выраженным фобическим компонентом
4. С тенденциями отказа от лечения

48. Как следует интерпретировать тот факт, что пациенты с кардиоалгофобиями обычно не сообщают врачу о своем страхе смерти от сердечной катастрофы:

1. Не осознают свой страх
2. Диссимулируют имеющуюся психопатологию, опасаясь разоблачения
3. Считают страх естественной и не требующей специального обсуждения реакцией на болезнь сердца
4. Стремятся аггравировать имеющиеся симптомы

49. По мере развития болезненного состояния у пациентов с кардиоалгофобией первичный страх смерти от сердечной катастрофы обрастает вторичными страхами, к которым можно отнести страх:

1. Физических нагрузок
2. Сексуальных отношений
3. Переохлаждения или перегревания
4. Агорафобия
5. Все названное

50. При невротических расстройствах дыхания наиболее частыми являются:

1. Нарушение ритма дыхания и ларингоспазм
2. Икота и одышка во сне
3. Пролонгированный вдох и приступы блокады дыхания на высоте вдоха.

51. Психогенные факторы и эмоциональное напряжение являются основной причиной всех желудочно-кишечных расстройств у:

1. 10% больных
2. 40% больных
3. 60% больных
4. 80% больных

22. Больные с невротическими расстройствами мочеиспускания редко попадают наприем к психотерапевту, так как:

1.Их жалобы концентрируются в основном на телесных симптомах
2. Они подолгу, часто годами, лечатся у урологов, диагностирующих «раздраженный/неврогенный мочевой пузырь» и использующих противовоспалительные и антибактериальные средства
3. Имеется социальный стереотип социальной предосудительности этих расстройств
4. Все сказанное

53. «Синдром ночной еды» - обильная еда поздно вечером ил в начале ночи – это:

1. Психосоматическое проявление неврозов
2. Проявление извращенного аппетита при шизофрении
3. Следствие утраты контроля над влечениями при органических поражениях мозга

54. Диссоциативные и соматоформные расстройства сыграли важную роль в истории психопатологии, так как:

1. Они привели к построению современной концепции психозов
2.Они поставили медицинское сообщество перед фактом возможности психологического происхождения ранее необъяснимых физических симптомов
3. Они послужили основой для построения большинства психологических теорий
4. Они были первыми психологическими расстройствами, которые стали известны медицинской науке

55. Как называется предъявление симптомов той или иной болезни с целью получения каких-либо выгод или льгот:

1. Соматизация
2. Симуляция
3. Диссимуляция
4. Сюрсимуляция
5. Аггравация

56.Избегание обременительной для человека ответственности в силу болезни называется:

1. Позитивное подкрепление
2. Первичная выгода
3. Вторичная выгода
4. Негативное подкрепление

57. Что из перечисленного является вторичной выгодой при соматоформных расстройствах:

1.Получение льгот и денег в связи с болезнью
2. Избегание обременительной ответственности
3. Внимание и сочувствие со стороны других людей
4. Частичная амнезия причины конфликта

58. Какие расстройства включают в себя перевод подавляемых побуждений и

внутренних конфликтов в соматовегетативные симптомы:

1. Вегетодистонические
2. Ипохондрические
3. Психалгические
4. Конверсионные

59. В прежних классификациях такие заболевания как бронхиальная астма и ревматоидный артрит назывались:

1. Соматоформные расстройства
2. Конверсионные расстройства
3. Психосоматические расстройства
4. Расстройства адаптации

60. Молодого и ответственного врача назначают заведующим отделением стационара. Через три недели он госпитализируется по поводу абдоминальных болей, и у него диагностируют язвенную болезнь 12-перстной кишки. Какой из диагностических терминов подходит для обозначения его состояния:

1.Расстройство адаптации
2. Соматизированное расстройство
3. Конверсионное расстройство
4. Острая реакция на стресс

Приложение 2

Вопросы для собеседования

1. История становления и особенности психосоматического подхода на современном этапе развития клинической психологии.
2. Охарактеризуйте следующие понятия: психосоматический феномен, психосоматические и соматопсихические взаимодействия, психосоматический симптом, классические психосоматозы, соматоформные расстройства.
3. Культурно-исторический подход в понимании феноменологии телесности.
4. Психосоматическое развитие: определение, этапы.
5. Факторы саногенного и патогенного психосоматического развития.
6. Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
7. Объект, предмет и методы изучения психосоматики.
8. Современная биопсихосоциальная концепция болезни, здоровья и лечения; психогении и соматогении.
9. Психосоматические феномены, их поведенческие характеристики.
10. Психосоматические и соматопсихические нарушения.
11. Психосоматические расстройства в структуре различных заболеваний
12. Идея целостного подхода к больному в медицине разных эпох.
13. Идеи русской физиологической школы (И.М.Сеченов, И.П.Павлов и их ученики) и концепция нервизма.
14. Концепция стресса Селье и ее роль в понимании формирования психосоматической патологии.
15. Психоаналитическое направление в психосоматике в Западной Европе и Америке.
16. Психосоматика в контексте концепций бихевиоризма и гуманистической психологии.
17. Психоаналитическая концепция З.Фрейда и основные психодинамические концепции в психосоматике.
18. Конверсионная модель психосоматического расстройства З. Фрейда.
19. Понимание конверсии Гродеком, Дойчем.
20. Взгляд В. Райха на телесную патологию.
21. Теория эмоциональной специфичности Ф. Александера.
22. Психосоматический симптом как результат использования незрелых психологических защит Митчерлиха.
23. Объясните содержание следующих понятий: «десоматизация», «ресоматизация», «регрессия». Концепция Шура. Проанализируйте ее связь с теорией Фрейда.
24. Концепция «алекситимии» Сифнеоса. Современные взгляды на генезис «алекситимии».
25. Концепция профиля личности Ф. Данбар.
26. Кортиковисцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов К.М. Быкова, Курцина.
27. Нейрогуморальные теории психосоматических нарушений: стресс как модель симптомообразования в психосоматике.
28. Физиологические теории психосоматических нарушений.
29. Физиологические составляющие психосоматической проблемы: анатомические структуры и физиологические механизмы регуляции психосоматических связей.
30. Концепция Дж. МакДауголл механизмах развития психосоматических нарушений.
31. Гуманструктуральная модель личности и социопсихосоматические взгляды Г.Аммона.
32. Концепция Г. Аммона о нарушении механизмов становления идентичности как факторах этиопатогенеза психосоматических нарушений.
33. Системно-теоретические модели и социопсихосоматическое направление в психосоматике.
34. Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру.
35. Понятие о психосоматическом больном как носителе симптомов своей группы. Транскультурная психосоматика

36. Эмоции как фактор психосоматического симптомообразования.
37. Клинические аспекты психосоматической проблемы по Ю.М. Губачеву.
38. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен. Структура, типология.
39. Личностная саморегуляция и возможность психологического сопротивления болезни.
40. Поведенческие типы личности А и В: особенности, предрасположенность к заболеваниям.
41. Представление о синдроме вегетативной дистонии. Классификации Вейна.
42. Вегетативные кризы (панические атаки): этиология, эпидемиология, личностная предиспозиция.
43. Диагностические критерии и клинические проявления вегетативного криза. Виды кризов.
44. Кардиалгический синдром: клинико-психологическая характеристика.
45. Кардиоваскулярная дистония: клинико-психологическая характеристика.
46. Гипервентиляционный:синдром клинико-психологическая характеристика.
47. Мигрень: классификация, личностные особенности, этиологические факторы клинических проявлений.
48. Тиреотоксикоз: клинико-психологическая характеристика.
49. Сахарный диабет: клинико-психологическая характеристика.
50. Ожирение: клинико-психологическая характеристика.
51. Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных гипертонической болезнью.
52. Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
53. Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных бронхиальной астмой. Дифференциальный диагноз с гипервентиляционным синдромом.
54. Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных нейродермитом.
55. Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных у онкобольных. Значение хронического стресса, конфликта идентичности и схема развития патологического процесса.
56. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний.
57. Психосоматические аспекты желудочно-кишечных заболеваний.
58. Психосоматические аспекты кожных заболеваний.
59. Психосоматические аспекты гинекологических заболеваний.
60. Психосоматические аспекты болезней органов дыхания.
61. Психосоматические аспекты при эндокринных нарушениях.
62. Психосоматические аспекты болезней опорно-двигательного аппарата.
63. Психосоматические аспекты нарушений пищевого поведения.
64. Психосоматические аспекты боли.
65. Психосоматические и соматопсихические влияния при тяжелых заболевания.
66. Нарушения родительско-детских отношений как основные психогенные механизмы развития психосоматических расстройств у детей и подростков.
67. Соматоформные расстройства: определение, классификация по МКБ-10. Отличия от классических психосоматозов.
68. Клинико-психологическая характеристика соматизированных расстройств (F 45.0).
69. Клинико-психологическая характеристика соматоформной вегетативной дисфункции (F45,3).
70. Клинико-психологическая характеристика ипохондрического расстройства (F45,2).
71. Психосоматические методы исследования.
72. Диагностическая беседа в психосоматике.
73. Структура диагностической беседы. Основные этапы диагностической беседы.
74. Влияние психических факторов на происхождение, течение и лечение заболеваний.

75. Влияние соматической болезни на психическую деятельность человека.
76. Основные виды психосоматических расстройств. Психосоматические реакции.
77. Классические психосоматические заболевания («святая семерка).
78. Критерии психосоматических вариантов классических соматических заболеваний перечня «святой семерки».
79. Концепции внутренней картины здоровья (ВКЗ).
80. Концепция внутренней картины болезни (ВКБ).
81. Методики психологической диагностики ВКБ. ВКБ и задачи психопрофилактики и психологической коррекции психосоматических расстройств.
82. Личность пациента. Представление о личностной предрасположенности на факторе риска различных соматических заболеваний.
83. Современные подходы к оценке личностных факторов риска. Кризисные периоды жизни психосоматических пациентов.
84. Проблема развития личности ребенка (подростка) в условиях соматического заболевания.
85. Влияние хронической болезни на психику. Факторы, влияющие на формирование аномальных черт личности.
86. Деонтологические и этические проблемы работы психолога в психосоматике. Проблема ятрогений.
87. Понятие о психогигиене, психопрофилактике в психосоматике и психологической реабилитации психосоматических пациентов.
88. Основные принципы и направления реабилитационной работы в клинике психических и психосоматических расстройств по М.М.Кабанову.
89. Разработка психологически обоснованных реабилитационных и психокоррекционных программ и методик оказания помощи больным как одна из задач, решаемые психологом в психосоматике.
90. Основные направления психотерапии в психосоматике.