Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 08.02.2024 14:47:51
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра клинической психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике,
д.м.н., доцент Т.В. Бородулина
_____
«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

ФТД.01 Психосоматические расстройства в детском возрасте

Уровень высшего образования: магистратура
Направление подготовки: 37.04.01 Психология
Направленность (профиль) - Клиническая психология. Экспертно-диагностическая и реабилитационная деятельность психолога в профессиональной сфере
Квалификация (степень) выпускника: магистр

Екатеринбург

2023

Фонд оценочных средств дисциплины «Психосоматические расстройства в детском возрасте» составлен в соответствии с ФГОС ВО высшего образования по программе магистратуры 37.04.01 Психология (уровень магистратуры), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 841 от 29 июля 2020 г.

Разработчик фонда оценочных средств:

Набойченко Е.С.., д.психол.наук, доцент кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств рецензирован: Казаевой Е.А., д.п.н., профессор кафедры управления персоналом и психологии, ФГБОУ ВО Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина.

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры клинической психологии и педагогики «14» марта 2023 г., протокол № 8

Обсужден и одобрен Методической комиссией специальностей магистратуры «05» апреля 2023 г., протокол № 4.

1. КОДИФИКАТОР

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенций	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Наименование ДЕ	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций		
				Знания	**Умения**	**Навыки**
Тип задач профессиональной деятельности: консультативный и реабилитационный	ПК-2. Способен организовывать коррекционно-развивающую работу с детьми и обучающимися, в том числе работу по восстановлению и реабилитации	ИД-1ПК-2. Разрабатывает и реализует планы проведения коррекционно-развивающих занятий для детей и обучающихся, направленных на развитие интеллектуальной, эмоционально- волевой сферы, познавательных процессов, снятие тревожности, решение проблем в сфере общения, преодоление проблем в общении и	ДЕ 1 Общая характеристика психосоматических расстройств у детей и подростков	Историческое развитие идей о психосоматических взаимоотношениях в детском и подростковом возрасте. Этиология и патогенез психосоматических расстройств. Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств: психосоциальные факторы среды, фактор родительского воспитания. Эмоциональный стресс и факторы, способствующие возникновению соматических расстройств. Виды психологической защиты у детей.	Диагностировать отклонения психики при соматогенных заболеваниях и уметь отличать их от других детских психических расстройств.	Описать начальные проявления и последующие этапы развития психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте.
			ДЕ 2. Характеристика психосоматических расстройств у детей	Общую характеристику и степень выраженности психосоматических нарушений у детей. Формирование внутренней картины болезни. Психосоматические нарушения различных органов и систем.	Диагностировать отклонения психики при соматогенных заболеваниях и уметь отличать их от других детских психических	Описать начальные проявления и последующие этапы развития психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте.

		поведении			расстройств.	
		ИД-2ПК-2. Применяет стандартные методы и приемы наблюдения за нормальным и отклоняющимся психическим и физиологическим развитием детей и обучающихся	ДЕ3. Профилактика и психологическая помощь детям с психосоматическими расстройствам и	Реакции ребенка на смерть, отрыв от семьи. Современные направления психосоматической психотерапии, общие принципы терапии психосоматических расстройств у детей.	Выявлять детей, подверженных риску психосоматических расстройств.	Психологическими методами профилактики и коррекции психосоматических расстройств у детей и подростков.
	ПК-3. Способен проводить психологическое консультирование лиц с ограниченными возможностями здоровья и обу-	ИД-3ПК-2. Проводит коррекционно-развивающие занятия с обучающимися и воспитанниками ИД-1ПК-3. Проводит индивидуальные и групповые консультации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по				

	чающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации	вопросам обучения, развития, проблемам жизненного самоопределения, самовоспитания, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками ИД-2ПК-3. Владеет приемами работы с педагогами, преподавателями с целью организации эффективных учебных взаимодействий обучающихся, их общения в образовательных организациях и в семье ИД-3ПК-3. Разрабатывает совместно с педагогами и преподавателями индиви-				

		дуальные программы для построения индивидуального образовательного маршрута для лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося				
Технологии оценивания ЗУН				Зачет (тестирование, устные вопросы)		

2. Тестовые задания

Тестовые задания по дисциплине разработаны по каждой дидактической единице. Задания позволяют оценить знания конкретной темы дисциплины. В тестовом задании обучающемуся предлагается выбрать один или несколько правильных ответов.

1. Одним из критериев диагноза СДВГ является возраст начала его проявлений:

1. до 5 лет
2. 7-10 лет
3. 12-14 лет

2. Какое лечение является наиболее рациональным при обсессивно-компульсивном расстройстве:

1. психотерапия + ЭСТ
2. антидепрессанты + поведенческая психотерапия
3. коррекционная педагогика

3**.** Причины школьной фобии:

1. наследственная предрасположенность
2. страх расставания с близкими
3. трудности усвоения школьной программы

4. Признаки патологических фантазий:

1. подвижные, быстро меняющиеся, тесно связанные с реальностью
2.стойкие, оторванные от реальности, причудливые по содержанию, сопровождающиеся дезадаптацией
3. возникают в просоночном состоянии, сопровождаются галлюцинациями

5. Изъятие ребенка из психотравмирующей ситуации прекращает проявления:

1. невротического энуреза
2. неврозоподобного энуреза
3. не влияет на течение заболевания

6. Причиной патологического привычного действия (сосание пальца, выдергивание волос, раскачивание) является:
1. недостаток эмоционального тепла
2. пароксизмальная активность на ЭЭГ
3. умственная отсталость

7. При невропатии, чем младше ребенок, тем более выражены:

1. соматические симптомы
2. психические симптомы
3. нет закономерности

8. Какое заболевание А.Е. Личко называл «болезнью отличниц»?

1. синдром Аспергера
2. нервная анорексия
3. истерический невроз

9. В каком возрасте действие психической травмы является наиболее повреждающим:

1. в довербальный период
2. до 7 лет
3. в возрасте 14-16 лет

10. Какие симптомы характерны для церебрастенического синдрома:

1. головные боли во 2 половине дня, утомляемость, плохая переносимость езды в транспорте и нахождения в душном помещении
2.нижение настроения, плохой аппетит и сон
3. социальная отгороженность, апатия, негативизм

11. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют:

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

12. Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

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

13. Выберите из нижеперечисленного психосоматического заболевания:

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

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

1. между желаниями и долгом
2. между возможностями личности и её завышенными требованиями
3. между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями

15. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

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

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

1. невротичность и сенситивность
2. **тягостное чувство неполноценности**
3. **честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах**

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

1. псевдонезависимый
2. тип "А"
3. **неврастенический**
4. **истерический**

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

1. **псевдонезависимый**
2. тип "А"
3. неврастический

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

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

20. Субъективная картина болезни проявляется на:

1. сенсорном уровне
2. эмоциональном уровне
3. мотивационном уровне
4. когнтивном
5. **все перечисленное верно**

3. Вопросы к зачету

1. Определение психосоматики, ее предмет и задачи

Ответ:

«Психосоматика — междисциплинарное научное направление». Она существует на пересечении различных наук, включая знания медицины, психофизиологии, психологии, психотерапии, социологии и антропологии

Основными вопросами, разрабатываемыми психосоматикой, остаются: соотношение биологических, психологических и социальных факторов в формировании и развитии соматического заболевания, влияние соматического заболевания на психические процессы. Психосоматика охватывает знания: • психиатрии (лечение психосоматических заболеваний; исследование психогенеза соматических болезней), медицинской деонтологии (принципы взаимодействия врача с пациентом); физиологии (исследование механизмов регуляции,

адаптации организма); психофизиологии (исследование нейрофизиологических механизмов психических процессов, состояний и поведения на системном, нейронном, синаптическом и молекулярном уровнях; решение глобальной психофизиологической проблемы: соотношения мозга и психики); психологии, и в первую очередь — психологии здоровья (исследование деструктивных психологических факторов, связанных со здоровьем; разработка программ психологических вмешательств) и психологии телесности (исследование формирования телесности в онтогенезе);

2. Теории конституций, их недостатки и значение для психосоматической медицины

Ответ:

Концепция Ф. Данбар о «персональном профиле личности»

Люди, страдающие одной и той же болезнью, похожи по личностным особенностям, которые и ответственны за возникновение заболевания.

Ф. Данбар описала профили личности, способствующие развитию ишемической болезни сердца, сахарного диабета, ревматоидного артрита, гипертонической болезни.

Возникновение психосоматических расстройств обусловлено особенностью эмоционального реагирования – алекситимией. Она характеризуется отсутствием слов для выражения чувств.

Высказывания больных психосоматическими расстройствами банальны, пустословны, они нечувствительны, пренебрежительно относятся к своему внутреннему физическому и психическому благополучию.

В ситуации стресса у них обнаруживаются высокие физиологические показатели, но нет словесного обозначения своих переживаний (чувства есть, но нет слов для их выражения).

Существует 4 типичных признака алекситимии

- Отсутствие способности фантазировать
- Внешне ориентированное поведение
- Трудность идентификации и различия чувств и телесных ощущений
- Невозможность описания чувств

По мнению З. Фрейда, в развитии психосоматических расстройств важную роль играют вытесненные в бессознательную сферу неотреагированные в детстве эмоции, влечения, особенно сексуальные.

В бессознательном они имеют большую энергетическую силу и могут там храниться много лет. Эта энергия накапливается и во взрослом состоянии перемещается в необычные телесные симптомы по механизму конверсии, который заключается в переходе переживаний из бессознательного в физическую болезнь. При этом моральные страдания пациента значительно облегчаются.

Физическое заболевание является не прямым телесным выражением конфликта, а символическим. Психосоматические расстройства являются специфическими, направленными на определённый орган или систему органов.

3. Классификация психосоматических расстройств. Отражение психосоматических и соматопсихических соотношений в МКБ-10.

Ответ:

Глубокое изучение психосоматических расстройств, ранняя профилактика и диагностика требуют их обоснованной систематики. Одним из примеров таких классификаций может быть представление I. Jochmus, G. M. Schmitt о группировке соматических расстройств, тесно связанных с сихологическими трудностями.

В первую группу отнесены психосоматические функциональные нарушения, то есть те соматические синдромы, при которых не обнаруживаются органические поражения органов и систем. Среди этих синдромов: психогенные нарушения у грудных детей и детей раннего возраста; нарушения сна; энурез; энкопрез; запор; конверсионные неврозы.

Во вторую группу включены психосоматические болезни: бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение.

Третья группа объединяет тех хронических больных, у которых возникают серьезные переживания. Здесь объединены пациенты с муковисцидозом, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, злокачественными новообразованиями.

Другим примером может служить классификация психосоматических расстройств у детей, предложенная H. Zimprich среди этих расстройств выделены психосоматические реакции, функциональные нарушения, психосоматические заболевания с органической манифестацией, специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.). По мнению H. Zimprich, эти заболевания, несмотря на их различие, объединены общим терапевтическим подходом, сочетающим медикаментозное лечение и психотерапию.

Т. Старк и Р. Блум, изучая психосоматические состояния, предостерегают от упрощения понимания болевых синдромов и недомогания как чисто психогенных или органических по своей природе. По их мнению, для такого «дихотомического» разделения имеется ряд ограничений: большинство физиологических нарушений имеет психологические последствия. Термин «психогенный» ошибочно рассматривают как никогда не имеющий серьезного значения; «дихотомия» ошибочно подразумевает гомогенность психогенных расстройств. Из предложенной авторами систематики типов психосоматических расстройств, приведенной ниже, становится понятным, что синдромы, относимые к психогенным, в действительности различны по механизмам развития.

4. Теория специфических для болезни психодинамических конфликтов Александера.

Ответ:

Врач и психолог Франц Александер (Alexander F., 1891—1964) был сторонником многофакторного подхода в психосоматической медицине. Возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных.Одна из этих групп представляет собой личностную диспозицию, которая складывается с детства. Вторая группа переменных включает провоцирующую эмоциогенную жизненную ситуацию, когда какие-либо переживания и события могли предшествовать болезни, оживляя центральный бессознательный конфликт. В третью группу Александер включает все соматические условия, составляющие определенную конституцию, «соматическую подверженность» (Фрейд 3) или «неполноценность органа» (Адлер А).

Александер направил особое внимание на соотнесение конфликтных специфических переживаний с определенными физиологическими типами реакций. Психосоматическая специфичность усматривается в определенном соответствии преобладания у человека тех или иных эмоций и их вегетативного сопровождения. Если эмоция не отреагирована в действиях или в символической форме (конверсия), то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге — к деструкции органа. Чаще всего не могут свободно выражаться и реализовываться враждебные, эротические импульсы, чувство вины и неполноценности. Их бессознательное подавление и приводит к хронической дисфункции органов.

5. Теории специфичности. Модель десоматизации-ресоматизации м. Шура

Ответ:

Развитие здорового ребенка М. Шур (1955) характеризует как процесс «десоматизации». Грудные дети в силу их недоразвитых, недифференцированных психических и соматических структур на внешние воздействия реагируют диффузно, соматически и бессознательно. Самые ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия проявляются в некоординированной мышечной деятельности. Ребёнок отвечает на ситуацию страха двигательной бурей, эта тенденция может проявляться и позже. Психический и соматический элементы в реакциях у них еще нерасторжимо связаны друг с другом. По мере взросления соматических форм реагирования становится меньше, и ребенок начинает позволять

все более осознанные, когнитивные формы проработки опасностей и ситуаций страха (вторичные психические процессы, по Фрейду).

М. Шур рассматривал психосоматическую регрессию (ресоматизация) как шаг назад к первоначальному уровню, на котором душа и тело еще реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение. Ресоматизация возможна при «слабости» и нестабильности «Я», когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты и под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно-соматические, физиологические формы реагирования.

6. Неспецифический подход к пониманию психосоматической патологии.

Ответ:

Неспецифический подход, когда исследователи рассматривают целостную психофизиологическую систему как фактор, отвечающий за симптомообразование. Основная позиция - в этиологии и патогенезе психосоматического заболевания причинное значение имеет действие стрессовой ситуации (Wolff H., 1953, Hinkle L., 1963). Прежде всего, это воздействие психосоциального стресса.

На возникновение этих теорий повлияли:

- учение Ганса Селье об общем адаптационном синдроме;
- работы Кэннона о психофизиологии эмоций;
- работы о лимбической и ретикулярной активационных системах: учение школы Ивана Павлова и Константина Быкова об условных рефлексах, переработанное в кортико-висцеральную (церебро-висцеральную) концепцию.

Основные теории неспицифического подхода:

1.Теория всеобщего эмоционального возбуждения. (Г. СЕЛЬЕ)

1а) Lipowski Z. рассматривал взаимодействия организма и среды в рамках системного информационного подхода.

2. Теория конституциональной ранимости.

3. Теория специфичности индивидуального ответа.

4. Теория различных раздражающих ситуаций.

5.Учение об ответе органов.

7. Эмоции и их роль в психосоматическом симптомообразовании. Эмоциональный стресс.

Ответ:

Эмоция — это реакция организма человека, возникающая при взаимодействии субъекта с внешней средой, основанного на индивидуальном опыте (приятный и неприятный), чувственном отношении (счастье и несчастье) к окружающему миру. Эмоции — это особый класс субъективных психологических состояний, отражающихся непосредственным переживанием, ощущением принятого и непринятого, отношения человека к миру и людям, процессу и результатам его практической деятельности. К классификациям и видам эмоций относятся: чувства, настроения, аффекты, страсти и стрессы. Это так называемые «чистые эмоции», они включены в психические процессы и состояния человека.

Механизм возникновения эмоций тесно связан с потребностями мотивами человека. Следовательно, можно констатировать двойную обусловленность эмоций, с одной стороны, нашими потребностями, с другой - особенностями ситуаций. Эмоции сигнализируют субъекту о возможности или невозможности удовлетворения его потребностей в данных условиях

Эмоциональный стресс — состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей. Под стрессом понимают состояние организма, возникающее при воздействии необычных раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма. Понятие стресса ввел в медицинскую литературу Х. Слив (1936) и описал

наблюдающийся при этом адаптационный синдром. Этот синдром может пройти три этапа в своем развитии: стадию тревоги, во время которой осуществляется мобилизация ресурсов организма; стадию резистентности, при которой организм сопротивляется агрессору, если его действие совместимо с возможностями адаптации; стадию истощения, во время которой сокращаются запасы адаптационной энергии при воздействии интенсивного раздражителя или длительном воздействии слабого раздражителя, а также при недостаточности адаптивных механизмов организма.

8. Психологическая защита у детей.

Ответ:

Защитный механизм - это обходной путь, чтобы скрыть или ослабить тревогу, снять эмоциональное напряжение, уменьшить психологический дискомфорт. Эта защита возникает автоматически при восприятии опасности. Причем опасность может быть, как внешней (например, угроза, исходящая от какого-то животного), так и внутренней, моральной (осознание ребенком собственных чувств, которые осуждаются взрослыми, например, ревность к брату или сестре, желание стать маленьким, желание причинить вред родителям). Защитные механизмы у детей носят оберегающий характер и поддерживают нормальный психологический статус личности, предотвращая ее дезорганизацию.

Отказ - уход (физически или мысленно) от сложной ситуации:

Ребенок использует этот механизм психологической защиты, если его базовые потребности не удовлетворяются взрослыми. У маленьких детей это бывает при разлуке с матерью, при невнимательном отношении родителей, при физических наказаниях и т.п. В таком случае ребенок может прекратить разговаривать, отказывается от еды, перестает играть. Однако такая защита может использоваться детьми выборочно, т.е. по отношению к тем людям, которые вызывают у них страх, тревогу. Например, ребенок не разговаривает только в определенном месте (в детском саду) либо с определенными людьми (мачехой, отчимом, врачом).

Отрицание - это отказ признать, что какая-то ситуация или какие-либо события имеют место.

Вытеснение - крайняя форма отрицания. Механизм этой наиболее опасной психологической защиты может сформироваться уже к трехлетнему возрасту, но проявляется сначала в форме подавления

9. Общая характеристика и степень выраженности психосоматических нарушений у детей

Ответ:

Классификация психосоматических расстройств у детей строилась на разных принципах: патогенетическом, анатомо-физиологическом (локализованном), возрастном, синдромальном и т.д.

По локализации — психосоматические нарушения пищеварительной, кожной, двигательной, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, на рушения терморегуляции, речи и выделительных функций и алтические проявления психосоматического характера с относительно кратковременной фиксацией в каком-либо органе или системе.

По качественным и количественным особенностям патологических проявлений — психосоматические реакции, состояния и психосоматические заболевания.

По распространенности — условно моносистемные и полисистемные психосоматические (функциональные) расстройства, т.к. при этом поражается не только соматическая, но и психическая сфера.

По степени клинической выраженности депрессивных проявлений — субдепрессия, скрытая депрессия, средневыраженная депрессия (дистимия, дисфория) и выраженная депрессия.

По генезу депрессивных нарушений — эндогенная, психогенная и резидуально-органическая депрессия.

По качественным особенностям (синдромальной структуре), лежащим в основе психосоматических и сопутствующих им аффективных (депрессивных) расстройств, — астеническая, тоскливая, тревожная и смешанная (астенотревожная и тревожно-тоскливая) депрессии.

В младенческом возрасте к этим расстройствам относят колики третьего месяца, метеоризм, аэрофагию, срыгивания, жвачку (мерицизм), анорексию грудного возраста, извращение аппетита (симптом Пика), недостаточную прибавку массы тела, тучность, остановку развития, функциональный мегаколон, приступы нарушения дыхания, спастический плач, нарушения сна, запор (кон-стипация), энкопрез, внезапную смерть младенца.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклические рвоты, отказ от жевания, анорексия и булемия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булемию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энкопрез, энурез, расстройства менструального цикла и др.

В основу типологии психосоматических расстройств у детей анатомо-физиологический принцип требует, наряду с локализацией, установления качественных и количественных особенностей психосоматических проявлений, их распространенности по органам и системам.

10. Формирование внутренней картины болезни и психосоматическая ситуация.

Ответ:

Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от таковой у взрослых тем больше, чем младше ребенок. ВКБ в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям. Основные составляющие ВКБ у детей: объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, половая принадлежность, личный опыт (общежитейский и перенесенных заболеваний), полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние врача и медперсонала на заболевшего, наличие других стрессоров. Выявление ВКБ у ребенка, особенно дошкольного возраста — трудная задача. Однако следует стремиться понять, какова психологическая структура ВКБ, в каком отношении она находится к личности ребенка, его самооценке, какое место занимает в его основных мотивах, как влияет на все поведение в целом. Способами раскрытия ВКБ могут быть беседы с ребенком и его родителями, наблюдение за его свободным поведением и участием в играх, психологические исследования.

11. Нарушения пищеварительной системы

Ответ:

Болезни органов пищеварения входят в число наиболее распространенных соматических заболеваний детско-подросткового населения. Большая часть этих заболеваний представлена вегетативно-висцеральными, функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта или алгическими проявлениями.

А.В. Мазурин с соавт. (1989) указывает на то, что характерной чертой гастроэнтерологической патологии является ее психосоматическая, социально-биологическая обусловленность при значительном росте ее удельного веса (до 11% среди обследованных) в структуре общей соматической заболеваемости детей и подростков.

Особенно часто встречаются психосоматические (вегетативно-висцеральные) расстройства со стороны пищеварительной системы в детском возрасте – абдоминальные боли отмечаются у 3,6 – 16,7% детей (Apley J., Hale B., 1973; Garralda E., 1983; Изачик Ю.А., 1985), но лишь 1,3% больных поступают в детские больницы по поводу язвенной болезни (Strunk R., 1980). В то же время, по данным И.В. Молдовану (1991), до 90-95% абдоминалгий не имеют в основе органических изменений.

На определенную связь психических и желудочно-кишечных расстройств давно указывают как терапевты и педиатры (Сперанский Г.Н., 1909; Плетнев Д.Д., 1927; Михов Х., 1977; Мазурин А.В. и др., 1989; Кубергер М.Б., 1986 и мн. др.), так и психиатры. Много внимания с учетом психогенного характера желудочно-кишечных расстройств этой патологии уделяли и уделяют психиатры-психоаналитики, выделяя особенность взаимоотношений матери и младенца (Ribble M., 1945; Escalona S., Leitch M., 1947; Kreisler L., 1994). Г.Е. Сухарева (1959) отмечала при невротических расстройствах частоту нарушений пищеварительной системы, особенно в раннем детском возрасте.

12. Психосоматические кожные нарушения у детей.

Ответ:

Кожные психосоматические проявления в подавляющем большинстве случаев выступали в виде различной степени выраженности кожного зуда, чаще с локализацией в локтевых и подколенных ямках, реже в других частях тела, крайне редко тотального, усиливающегося обычно к вечеру, нередко беспокоящего и ночью, приводящего к расчесам и изменению кожи. Зуд – слабое проявление боли (Кассиль Г.Н., 1975) – иногда усиливался настолько, что ощущался как боль.

В большинстве случаев кожный зуд отмечался на фоне аллергических проявлений, часто сопровождался явлениями пиодермии и регионарного лимфаденита. Эти проявления (1 группа больных с нарушениями кожных покровов) диагностировались в 72 наблюдениях как атопический дерматит, экзема (3), крапивница (3), ихтиоз (2), кожный зуд (1), аллергические реакции (1), почесуха (1), стрептодермия (1), эритродермия (1), витилиго (1) и угревая болезнь (1). У 5 больных с кожными проявлениями установлен псориаз, у 3 - склеродермия, в одном случае кожное заболевание не диагностировано.

Другой формой дерматологической патологии, психогенез которой был очевиден, являлись изменения волосяного покрова головы (2 группа больных с нарушениями волосяного покрова): очаговая алопеция – 28 больных, тотальная – 14, псевдопелада Брока – 1 больной.

Кожные психосоматические расстройства были ведущими (полисистемными) почти у всех 136 больных, только у 2 они были определяющими (моносистемными), при этом они сочетались с вегето-висцеральными проявлениями в различных органах и системах (наиболее часто пищеварительной, реже выделительной, респираторной и других). В большинстве наблюдений 1 группы больных вегетососудистые проявления, лежащие в основе кожной патологии, имели перманентный характер, тогда как во 2 группе отличались определенной пароксизмальностью.

13. Психосоматические нарушения эндокринной системы.

Ответ:

К настоящему времени сложилось относительно полное представление о психогенезе некоторых эндокринных нарушений у взрослых, с выделением значительной роли аффективной (депрессивной) патологии, тогда как в детской практике соотношение психических и эндокринных расстройств при нарушении репродуктивных функций чаще учиты-

вается, исходя из приоритета последних (Микиртумов Б.Е., 1988, 1990 и др.), при нарушении углеводного обмена психические изменения обычно рассматриваются как признак злокачественного течения, а при ожирении в качестве причины в основном называется алиментарный фактор (Андреев И., 1981 и др.) без учета происхождения и особенностей повышения аппетита.

Эндокринные нарушения:

— нарушение менструального цикла,

— углеводного обмена,

— изменение массы тела

14. Психосоматические респираторные нарушения.

Ответ:

Дыхательные нарушения у части детей довольно устойчивы в отношении терапии даже с применением бронхолитиков, склонны к рецидивированию и часто расцениваются как приступ бронхиальной астмы. Большое количество исследований, направленных на изучение психических изменений и психологических особенностей личности в основном посвящено детям и подросткам, страдающим такого рода заболеванием.

У детей с бронхиальной астмой установлены нарушения высшей нервной деятельности в виде снижения замыкательных функций, наличия фазовых состояний, слабость процессов активного торможения, выражающиеся в явлениях дистонии, преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы и парадоксальной реактивности симпатического отдела

Основные респираторные нарушения

одышка,

навязчивый кашель,

затруднение вдоха

15. Нарушения сердечно-сосудистой системы у детей.

Ответ:

Первыми в перечне всех сердечно-сосудистых заболеваний у детей стоят пороки сердца (врожденного характера) и ревматизм.

Состояние здоровья малыша во многом зависит от того, как мать себя чувствовала в период беременности, имелись ли у нее хронические заболевания. Если в первом триместре были перенесены краснуха, грипп, герпес, ОРВИ, велика вероятность развития у ребёнка врожденного порока сердца. Также не будет здоровой сердечно-сосудистая система у детей, родители которых наркоманы, алкоголики либо же работали на вредном производстве (вдыхали ядовитые пары и т. д.).

Ревматизм относится к группе заболеваний инфекционно-аллергического характера с поражением суставов и сердечно-сосудистой системы у детей. Очень часто он становится последствием перенесенной стрептококковой инфекции, сильного переохлаждения.

16.Хронический болевой синдром

Ответ:

Хронический болевой синдром может возникать в результате множества различных факторов стресса, таких как физическая или психологическая травма (несчастный случай, смерть близкого человека), инфекционный процесс, такой как вирус Эбштейна-Барра (EBV), хронические сопутствующие заболевания, такие как серповидноклеточная анемия или аутоиммунные состояния, или он может возникать на фоне множественных эпизодов острой боли. Факторы риска ХБС включают депрессию пациента, тревогу, зависимость от психоактивных веществ, инвалидность, более низкий социально-экономический уровень и низкую удовлетворенность работой.

Хроническая боль может возникать в результате повторяющихся острых оскорблений, но также может развиваться как самостоятельное болезненное состояние. Исследования хронической боли на моделях человека и животных выявили функциональные синаптические изменения в головном и спинном мозге. Эти изменения продемонстрировали снижение болевого порога, приводящее к повышенной возбудимости ноцицептивной системы и снижению тонуса нисходящей модулирующей системы, которая является антиноцицептивной. Это приводит к дисбалансу с повышенным ноцицептивным тонусом, что приводит к проявлению хронической боли.

17. Выявление детей, подверженных риску психосоматических расстройств

Ответ:

По данным нашего Ю. А. Ефимова (1994), полученным при изучении 200 детей 7-14 лет, задолго до появления явных психосоматических расстройств у детей обнаруживаются отдельные признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревожности. Оно субъективно воспринималось старшими детьми как беспокойство, душевный дискомфорт. У младших детей можно было констатировать различной выраженности и стойкости дистимические явления, суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство.

Наряду с психическими признаками тревожности достоверно чаще, чем у детей с низким эмоциональным напряжением, наблюдаются и такие проявления, которые условно можно разделить и обозначить как: I) преневротические, 2) вегетодистонические и 3) соматические.

Первую группу этих проявлений составляют: нарушения сна (трудности засыпания, сноговорение, кошмарные сновидения), тики (респираторные, мигательные), патологические привычки (онихофагия, сосание пальцев), навязчивости, беспричинный плач. Ко второй относятся: головокружения, головные боли, сердцебиения, одышка, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи при волнении, отрыжки воздухом. К третьей группе относятся: повышенная жажда, булимия, рвоты после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфебрилитет неясного происхождения, гиперпирексия, эпизодический кожный зуд, неоднократно появляющиеся кожные высыпания.

Задолго до формирования выраженной клинической картины психосоматических расстройств под влиянием чрезвычайно неблагоприятных обстоятельств у детей могут внезапно появиться сердцебиения, боли в сердце, затруднения дыхания или одышка, головные боли, головокружения, боли в животе, рвоты, поносы и другие расстройства. Эти остро развивающиеся эпизоды обычно кратковременны. Они прекращаются с выходом ребенка из трудной для него ситуации, однако могут возвращаться в случае повторной встречи со стрессовым фактором. Такие острые психосоматические расстройства — признак хронической тревожности ребенка и показатель его склонности к развитию стойкого психосоматического заболевания.

18. Реакции ребенка на смерть

Ответ:

Детское понимание смерти следует за умственным развитием и формируется постепенно. Недостаточное понимание обычно у детей до 5 лет. Дети не понимают, что смерть окончательна, и поэтому думают, что тот, кто умер, может вернуться или что можно пойти к нему или к ней в гости.

Дети, также, как и взрослые, принимают действительность постепенно и колеблются между отрицанием и принятием того, что произошло. Детям дошкольного возраста нужно еще и еще раз повторять, что тот, кто умер, ушел и не придет обратно. Дети должны знать, что умерший человек больше не дышит, что его сердце не бьется, ногти и волосы не растут, что умерший не может думать и не чувствует никакой боли.

В первое время после смертного случае у детей можно наблюдать следующие реакции:

– Сильный страх находиться вдали от взрослых. Они всегда хотят быть рядом

со своими родителями.

– Проблемы со сном

– Озлобленность, раздражительность или другой тип поведения, привлекающий к себе внимание.

– Замкнутость и изоляция.

– Печаль, тоска, чувство потери.

– Мучительные воспоминания и фантазии.

19. Когнитивно-поведенческий подход в терапии психосоматических нарушений

Ответ:

Работа в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, как правило, включает ряд этапов: прояснение параметров конкретного события, произошедшего в жизни человека и эмоционально его затронувшего; идентификация эмоциональных и поведенческих последствий воспринятого события; реконструкция иррациональных установок; выполнение самостоятельных заданий, способствующих закреплению адаптивного поведения. Основными техниками когнитивно-поведенческой психотерапии в этом случае могут быть обсуждение и опровержение иррациональных взглядов, когнитивное домашнее задание, основанное на самоанализе, рационально-эмотивное воображение, ролевая игра, поведенческие техники. Использование этих техник с осужденными к лишению свободы может реализовываться как в индивидуальной, так и в групповой формах работы.

20. Детско-родительские отношения и семейная психотерапия. Методы диагностики

Ответ:

Диагностическое обследование психического развития ребенка включает в себя изучение содержания контактов родителей с детьми. Чтобы понять многие супружеские конфликты и причину напряженности в семье, психолог должен знать, как строится межличностное общение родителей и детей. С помощью методик диагностики детско-родительских отношений он может получить сведения об отклонениях в психическом развитии ребенка, выяснить причины супружеских ссор и конфликтов. Эти методики разделяются на две группы: одни исследуют межличностные отношения в системе «родитель – ребенок» глазами родителя, другие – глазами ребенка. Методики исследования межличностных отношений в системе «родитель – ребенок» глазами родителя. Изучая межличностные отношения в данной системе глазами родителя, семейный психолог обращает внимание на особенности семейного воспитания: родительские установки и реакции, отношение родителей к ребенку и его жизни в семье, нарушения воспитательного процесса, причины отклонений в семейном воспитании, типы воспитания, уровень родительской компетентности и т. п. Эти аспекты взаимоотношений родителей и детей исследуются с помощью следующих методик: • тест «Родительско-детские отношения» (англ. parental attitude research instrument – PARI) (американские психологи Е. С. Шефер, Р. К. Белл; адаптирован Т. В. Нещерет); тест-опросник анализа семейного воспитания (АСВ) и профилактики нарушений воспитания (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис) – предназначен для изучения нарушений в жизни семьи и причин отклонений в семейном воспитании;

• тест-опросник родительского отношения (ОРО) (А. Я. Варга, В. В. Столин) – представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними; • опросник для исследования эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия (Е. И. Захарова). Методики исследования межличностных отношений в системе «родитель – ребенок» глазами ребенка. Для оказания эффективной психологической помощи очень важно соблюдать принцип

стереоскопичности диагноза. С этой целью проводится диагностика того, как дети воспринимают взаимоотношения в семье.

Психолог может использовать проективные методики и опросники: графический тест «Рисунок семьи» – наиболее популярен у психологов, широко используется в многочисленных исследованиях межличностных отношений и практических разработках благодаря простоте процедуры проведения и точности показателей.

4. Критерии оценки

Критерии оценивания тестовых заданий

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 60% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 60% тестовых заданий свидетельствует о не сформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 60– 69% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 70– 84% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 85–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

61-69% правильных ответов – удовлетворительно.

70-84% правильных ответов – хорошо.

85% и выше – отлично.

Критерии оценивания устного ответа

Развернутый ответ обучающегося должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения, правила в конкретных случаях.

5 баллов ставится, если:

1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий;

2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные;

3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

4 балла – обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

3 балла – обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но:

1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.