

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Женщина обратилась за помощью к психологу, рассказывает, что у ее супруга в последнее время отмечаются «странности в поведении» – он прячется, запрещает ей выходить из дома, считает, что за ней установлено наблюдение. Высказывает странные идеи, что материалы его работы привлекли внимание иностранных разведчиков.

Вопросы:

- 1) Какие признаки позволяют предполагать наличие психического расстройства?
- 2) Достаточно ли сведений, полученных от жены для уверенности в наличии психического расстройства?
- 3) Какие информационные источники необходимо использовать кроме супруги?
- 4) Для подтверждения гипотезы о наличии психического расстройства методами какого раздела клинической психологии необходимо воспользоваться?
- 5) Какие рекомендации Вы дадите обратившейся женщине?

Задача 2

Пациент после приступа язвенной болезни желудка, находится дома на больничном листе около недели.

Вопросы:

- 1) В какой фазе переживания болезни во времени пребывает пациент?
- 2) Какой приспособительный феномен можно наблюдать у пациента?
- 3) Выражена ли тревога у пациента?
- 4) Какие эмоциональные реакции возможны у пациента?

На что направлена психологическая помощь обязательно надо учитывать?

На что направлена психологическая помощь?

- 1) **Как часто и как долго пациент нуждается в психологической помощи?**
- 2) **Задача 4**
- 3) **Врач просит клинического психолога помочь сформировать у ребенка, больного сахарным диабетом, желание регулярно принимать лечение.**

- 4) Вопросы:
- 5) Какой субъективный феномен необходимо исследовать у ребёнка?

Психологическую работу нужно проводить только с ребёнком?

Какой психологический эффект биологической терапии можно использовать?

Какие факторы влияют на его фомощь?

Задача 3

- 1) **Мужчина по результатам анализа только что узнал о том, что он ВИЧ инфицированный.**

Вопросы:

Какие эмоциональные реакции преобладают?

- 2) Каким образом узнать о субъективных переживаниях пациента?
- 3) Какие факторы формирования внутренней картины болрмирование?
- 4) Какая психологическая функция может стать мишенью для психологической интервенции?

Задача 5

К клиническому психологу за психологической помощью обратился врач-хирург с 20-летним стажем работы. Сообщает, что в последний год он стал замечать, что утратил интерес к работе, стал раздражительным с пациентами, «не хочет» с ними общаться, стал «не чувствительным» к их проблемам, «заставляет» себя ходить на работу.

Вопросы:

- 1) Какой психологический феномен имеет место?
- 2) Чем вызван данный психологический феномен?
- 3) Какие признаки указывают на наличие этого феномена?
- 4) Можно ли решить проблему путём отдыха в отпуске?
- 5) Какие варианты помощи можно предложить?

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ,

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. История развития отечественной и зарубежной психологии
2. Предмет и практические задачи клинической психологии
3. Виды клинико-психологического исследования
4. Взаимосвязь клинической психологии с общей психологией и медициной. Различия в логике общетеоретического и прикладного (клинико-психологического) исследования

5. Разделы (области) клинической психологии
6. Основные понятия, проблема диагностики: психологический симптомокомплекс; первичные и вторичные психические нарушения
7. Проблема соотношения распада и развития психики
8. Соотношение биологических и социальных факторов в формировании личностных аномалий
9. Системный подход к анализу нарушений психической деятельности
10. Симптом, синдром (симптомокомплекс), фактор в клинической психологии
11. Проблема психической нормы и патологии
12. Практические задачи и функции клинической психологии
13. Связь телесных (соматических) процессов с психическими «душевными»
14. Мозг и психика (душа и тело, наследственность-воспитание)
15. Методы исследования в клинической психологии
16. Основные принципы клинико-диагностического исследования
17. Характеристика экспериментального метода в клинической психологии
18. Предмет патопсихологии
19. Предмет нейропсихологии
20. Психосоматические расстройства
21. Перспективы развития клинической психологии
22. Внутренняя картина болезни, понятие, развитие учения о внутренней картине болезни.
23. Факторы формирования внутренней картины болезни
24. Типы реагирования на болезнь. Типы отношения к болезни (Личко А.Е.)
25. Эмоциональные реакции и переживание болезни во времени.
26. Особенности вербальной коммуникации с пациентом. Правила информирования.
27. Ятрогении, определение, виды.
28. Особенности невербальной коммуникации с пациентом. Факторы, влияющие на процесс взаимодействия
29. Особенности коммуникации при оказании психологической помощи. Этапы коммуникативного процесса.
30. Психологические эффекты среды, создание особой психологически благоприятной атмосферы, организация условий и места для оказания психологической помощи.
31. Области практического применения психологии, как фундаментальной науки в медицине.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Психотерапевтической беседы как искусства общения.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Диагностики факторов формирования внутренней картины болезни.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами различного профиля, их родственниками, медицинским персоналом.
- Саморефлексии, личностного роста.
- Диагностики профессиональной деформации.
- Использования психологических эффектов биологической терапии и медицинской среды.

ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студенту предлагается выбрать по 1 вопросу из двух конвертов и ситуационную задачу из 3-го конверта.

Выбор:

1. Основные понятия, проблема диагностики: психологический симптомокомплекс; первичные и вторичные психические нарушения
2. Психологические эффекты среды, создание особой психологически благоприятной атмосферы, организация условий и места для оказания психологической помощи.

Задача 5

К клиническому психологу за психологической помощью обратился врач-хирург с 20-летним стажем работы. Сообщает, что в последний год он стал замечать, что утратил интерес к работе, стал раздражительным с пациентами, «не хочет» с ними общаться, стал «не чувствительным» к их проблемам, «заставляет» себя ходить на работу.

Вопросы:

- 1) Какой психологический феномен имеет место?
- 2) Чем вызван данный психологический феномен?
- 3) Какие признаки указывают на наличие этого феномена?
- 4) Можно ли решить проблему путём отдыха в отпуске?
- 5) Какие варианты помощи можно предложить?

«БАЗОВЫЕ ТЕОРИИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БАЗОВЫЕ ТЕОРИИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Пациент страдает от конфликтов в сфере взаимоотношений. Он боится близости из-за того, что убежден, что в нем самом скрыто что-то постыдное, противное и непростительное.

Вопросы:

1. Какую стратегию психотерапии можно применить?
2. Почему необходимо применить выбранную стратегию?
3. Что может стать основным механизмом психотерапевтической помощи?
4. Какие базовые теории можно применить?
5. Какой вид психотерапии целесообразен в данном случае?

Задача 2

Пациент избегает близких отношений с другими людьми из-за страха быть использованным, боязни вторжения в свой внутренний мир и того, что может быть брошен.

Вопросы:

1. Какую стратегию психотерапии можно применить?
2. Почему необходимо применить выбранную стратегию?
3. Что может стать основным механизмом психотерапевтической помощи?
4. Какие базовые теории можно применить?
5. Какой вид психотерапии целесообразен в данном случае?

Задача 3

Пациент выглядит сдержанным. Стремится противоречить психотерапевту. Невнимателен к замечаниям.

Вопросы:

1. Какой психологический феномен демонстрирует пациент?
2. Какие вопросы необходимо задать, чтобы изучить природу феномена?
3. Какая психологическая теория описывает данный феномен?
4. Какие психологические теории можно использовать для работы с этим феноменом?
5. Какая тактика работы с феноменом на Ваш взгляд эффективнее?

Задача 4

Пациентка чрезмерно почтительна, даже подобострастна. Порою категорична в суждениях и слишком резка.

Вопросы:

1. Какой психологический феномен демонстрирует пациент?

2. Какие вопросы необходимо задать, чтобы изучить природу феномена?
3. Какая психологическая теория описывает данный феномен?
4. Какие психологические теории можно использовать для работы с этим феноменом?
5. Какая тактика работы с феноменом на Ваш взгляд эффективнее?

Задача 5

Ирвин Ялом пишет: «Я считаю естественным постоянно высказывать позитивные мысли и чувства о своих пациентах по самым разнообразным поводам... Только опасайтесь пустых комплиментов».

Вопросы:

1. Представителем какого психологического направления является Ирвин Ялом?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. В чём отличие эмпатии от пустых комплиментов?
5. Какой ожидаемый эффект поддерживающей психотерапии?

Задача 6

«Если пациент предпринимает важный и смелый психотерапевтический шаг, поздравьте его с этим. Если я сильно увлечен сеансом и мне жаль, что он подходит к концу, я говорю, что очень сожалею о завершении сеанса. И я не колеблюсь высказать это без помощи слов, продлив сеанс на несколько минут».

Вопросы:

1. Представителем какого психологического направления является Ирвин Ялом?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. В чём отличие эмпатии от пустых комплиментов?
5. Какой ожидаемый эффект поддерживающей психотерапии?

Задача 7

Майкл все еще изводился повторяющимися образами и страстным желанием к своей последней любовнице.

Психотерапевт: «Вы знаете, Майкл, вид испытываемой вами страсти не улечивается в мгновение ока. Конечно же, вы и дальше будете чувствовать сильное желание. Это неминуемо. Это – часть вашей человечности».

«Часть моей слабости, Вы хотите сказать? Я хотел бы стать стальным человеком и навсегда забыть ее». - ответил Майкл.

«У нас есть название для подобных стальных людей: роботы. И, слава Богу, вы – не робот. Чувствительность и творчество природы – ваши богатейшие активы. Но эти же черты имеют и обратную сторону. Давайте подумаем об обеих сторонах».

Вопросы:

1. Какое психологическое направление представлено?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. В чём отличие эмпатии от пустых комплиментов?
5. Какой ожидаемый эффект поддерживающей психотерапии?

Задача 8

Пациентка спрашивает у психотерапевта-мужчины: «Нравлюсь ли я мужчинам? Если бы вы не были моим психотерапевтом, могли бы вы сблизиться со мной?»

Вопросы:

1. Какой психологический феномен демонстрирует пациент?
2. Какие вопросы необходимо задать, чтобы изучить природу феномена?
3. Какая психологическая теория описывает данный феномен?
4. Какие психологические теории можно использовать для работы с этим феноменом?
5. Какая тактика работы с феноменом на Ваш взгляд эффективнее?

Задача 9

«Смотрите из окна другого. Попробуйте увидеть мир таким, каким видит его ваш пациент».

Вопросы:

1. Какое психологическое направление представлено?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. В чём отличие эмпатии от пустых комплиментов?
5. Какой ожидаемый эффект поддерживающей психотерапии?

Задача 10

Пятьдесят лет назад Карл Роджерс охарактеризовал «осторожную» эмпатию как одну из наиболее значимых черт профессионального психотерапевта (вместе с «безоговорочным позитивным расположением» и «искренностью») и положил начало области психотерапевтического исследования, которое в конечном счете привело к четкому доказательству практической эффективности сочувствия».

Вопросы:

1. Какое психологическое направление представлено?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. В чём отличие эмпатии от пустых комплиментов?
5. Какой ожидаемый эффект поддерживающей психотерапии?

Задача 11

«Боб, вот что я понимаю, когда думаю о ваших взаимоотношениях с Мэри. Вы говорите, что убеждены в вашей с ней несовместимости, что вы очень хотели бы расстаться с ней, что вас очень утомляет ее общество, и вы избегаете проводить с ней наедине целые вечера. Но сейчас, когда она сама поступила так, как вы хотели, и оставила вас, вы снова мечтаете о ней, но не можете примириться с мыслью, что она не будет доступна тогда, когда может понадобиться вам. Я прав?»

Вопросы:

1. Какое психологическое направление представлено?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. С точки зрения ещё какого подхода можно рассматривать ситуацию?
5. Какие приёмы свидетельствуют об этом подходе?

Задача 12

Пациент с трудом рассказывает о себе. Он не хочет вспоминать свое прошлое и тем более детство.

Вопросы:

1. С позиции какого психологического направления можно рассматривать данную ситуацию?
2. Какой психологический феномен демонстрирует пациент?
3. Какой структурный критерий показан в этом примере?
4. Какой механизм психологической защиты представлен?
5. Какой тип личностной организации (по О. Кернбергу) представлен?

Задача 13

Пациентка во время интервью выражала свое отвращение к мужчинам, которые используют женщину, как сексуальный объект, рассказывала, как она защищалась от домогательств своего предыдущего начальника и как ей приходится избегать социальных контактов с людьми из-за грубости похотливых мужчин. Но в то же время она рассказала, что какое-то время работала «крошкой» в мужском клубе, и была крайне изумлена, когда терапевт указал на противоречия между ее взглядами и выбором работы.

Вопросы:

1. С позиции какого психологического направления можно рассматривать данную ситуацию?
2. Какой психологический феномен демонстрирует пациент?
3. Какой структурный критерий показан в этом примере?
4. Какой механизм психологической защиты представлен?
5. Какой тип личностной организации (по О. Кернбергу) представлен?

Задача 14

Терапевт предложил пациентке рассказать о себе, она сначала как будто удивилась, а затем начала говорить о том, как относится к ней муж. Позднее, когда терапевт спросил, есть ли у нее проблемы во взаимоотношениях с мужем в данных обстоятельствах и почему она привела этот пример, она заговорила о других сторонах поведения мужа. Когда терапевт предлагал рассказать о себе она автоматически отвечала, о том как относится к ней муж. Пациентка понимает удивление терапевта и отвечает, что она настолько озабочена взаимоотношениями с мужем, что как бы не вправе думать о том, что чувствует по отношению к себе самой.

Вопросы:

1. С позиции какого психологического направления можно рассматривать данный случай?
2. Какой структурный критерий показан в данном примере?
3. Нарушена ли способность к тестированию реальности?
4. Какой тип личностной организации? (по О.Кернбергу)
5. Если бы это был пример психотической личностной организации, какой бы был ответ пациентки на «удивление» терапевта?

Задача 15

Психологу предстоит работа с группой детей с различными расстройствами: двигательной расторможенностью, страхом замкнутого пространства, агрессивным поведением, страхом общения.

Вопросы:

1. Сколько детей возможно включать в групповую психотерапию?
2. Возможно ли соединять детей с агрессивным поведением и со страхами в одну группу?
3. С каким возрастом детей можно работать в групповой психотерапии?
4. Какие базовые теории целесообразно использовать в построении игрового процесса?
5. Сколько занятий предполагается в групповой психотерапии с детьми?

Задача 16

Наблюдая за новорожденными детьми, Уотсон описал три основные врожденные эмоции – гнев, страх и любовь. Например, страх (вздрагивание, плач) возникает всего на два исходных стимула: потерю опоры и громкий звук.

Вопросы:

1. Как с помощью механизма обусловливания можно экспериментально вызвать страх?
2. Как преодолеть страх?
3. О какой базовой теории идёт речь?
4. Что лежит в основе разнообразия человеческого поведения?
5. Какой вид психотерапии необходимо применить?

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БАЗОВЫЕ ТЕОРИИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Цели, задачи и подходы в психотерапии.
2. Теория и процесс психотерапии. Функции теорий психотерапии. Теории психотерапии как концептуальные структуры. Теории психотерапии как языки.
3. Фазы психотерапии и структура взаимоотношений психотерапевта и клиента.
4. Факторы лечебного действия психотерапии.
5. Факторы эффективности психотерапии. Интегративный характер психотерапии.
6. Психотерапия в системе видов психологической помощи.
7. Психотерапия как предмет исследования.
8. Процесс психотерапии (фазы психотерапевтических отношений, психотерапевтический контракт).
9. Стратегия и тактика психотерапии.
10. Основные положения и концепция психопатологии в гештальт-терапии Ф. Перлза.
11. Уровни невроза по Ф. Перлзу.
12. Основные технические процедуры гештальт-терапии Ф. Перлза.
13. Аналитическая психотерапия К.Г. Юнга: общая характеристика.
14. Трансперсональная психотерапия: общая характеристика.
15. Психосинтез Р. Ассаджиоли: общая характеристика.
16. Экзистенциальная философия, экзистенциальная психология и экзистенциальная психотерапия.
17. «Конечные данности» в экзистенциальной психотерапии (по И. Ялomu).
18. Концепция психопатологии и направления работы в экзистенциальной психотерапии.
19. Логотерапия В. Франкла: общая характеристика.
20. Дазайн-анализ Л. Бинсвангера: общая характеристика.
21. Клиент-центрированная психотерапия К.Р. Роджерса: общая характеристика.
22. Экспириенциальная психотерапия: общая характеристика.
23. Классическое, инструментальное и викарное обусловливание как основа поведенческой психотерапии.
24. Основные положения и применение поведенческой психотерапии.
25. Основная концепция, теория личности и содержание эмоциональных расстройств в когнитивной психотерапии А. Бека.
26. Основные стратегии и техники в когнитивной психотерапии А. Бека.
27. Характеристика рационально-эмотивной поведенческой психотерапии А. Эллиса.
28. Иррациональные установки и иррациональные идеи в рационально-эмотивной поведенческой психотерапии.

29. Этапы становления психоаналитической техники З. Фрейда (гипнотерапия, суггестивная техника, катарктический метод, психоаналитический метод).
30. Основные понятия ортодоксального психоанализа (сопротивление, трансфер, контртрансфер).
31. Техническая процедура, терапевтический процесс, методы, инструменты, техники, применяемые в ортодоксальном и неопсихоанализе.
32. Основные понятия традиционной психоаналитической психотерапии (интрапсихический конфликт, природа тревоги, защитные механизмы).
33. Невротический конфликт в теории З. Фрейда. Цель психоаналитической терапии. Основные направления психоаналитической терапии.
34. Показания, противопоказания к ортодоксальной психоаналитической терапии. Правила психоаналитической терапии Гринсона. Требования к личности психоаналитика.
35. Этапы ортодоксального психоанализа. Техника анализа сопротивления.
36. Основные положения анализа сновидений. Этапы анализа сновидений.
37. Основные принципы, лежащие в основе психоаналитической терапии (по З. Фрейду). Основные отличия ортодоксального и нео-психоанализа.
38. Основные положения теории М. Кляйн. Позиции – как основные этапы развития личности.
39. Структурное интервью О. Кернберга (содержание, сущность, фазы).
40. Неопсихоанализ О. Кернберга (структурные критерии личностной организации).

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БАЗОВЫЕ ТЕОРИИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Обоснованного выбора адекватного психотерапевтического подхода.
- Составления обоснованного плана психотерапии.
- Заключения психотерапевтического контракта.
- Диагностики и оценки состояния пациента (клиента).
- Анализа эффективности и адекватности проводимой психотерапии.
- Узнавания сопротивления и реагирования на сопротивление.
- установления психотерапевтических отношений (психотерапевтического альянса).
- Проведения начальной, средней и заключительной фаз психотерапии.
- Навыки рефлексии, самоанализа, эмпатии, аффилиации, субъективного контроля ситуации, проблем-разрешающего и социально-поддерживающего поведения.
- Критического анализа изменений собственного мышления, эмоционального состояния и поведения в процессе психотерапии.

- Контроля над собственным психическим состоянием и реакциями в процессе психотерапии.
- Распознавание и отделение процесса психотерапии от собственных психологических проблем.

ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «БАЗОВЫЕ ТЕОРИИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студенту предлагается выбрать 2 вопроса и 1 ситуационную задачу.

Выбор:

1. Факторы лечебного действия психотерапии.
2. Неопсихоанализ О. Кернберг (структурное интервью, содержание, сущность, фазы)

Задача 6

«Если пациент предпринимает важный и смелый психотерапевтический шаг, поздравьте его с этим. Если я сильно увлечен сеансом и мне жаль, что он подходит к концу, я говорю, что очень сожалею о завершении сеанса. И я не колеблюсь высказать это без помощи слов, продлив сеанс на несколько минут».

Вопросы:

1. Представителем какого психологического направления является Ирвин Ялом?
2. Какие психологические приемы используются?
3. Какой вид психотерапии применяется?
4. В чём отличие эмпатии от пустых комплиментов?
5. Какой ожидаемый эффект поддерживающей психотерапии?

«НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Нейропсихология как наука. Предмет и объект нейропсихологии. Специфика отечественной нейропсихологии. Направления нейропсихологии.
2. Становление нейропсихологии. Взгляды Л. С. Выготского. Развитие новой отрасли – когнитивной нейропсихологии. Особенности методологии когнитивной нейропсихологии.
3. Системное строение высших психических функций. Нейропсихологический анализ письма. Принцип «хроногенной» локализации функций по Л. С. Выготскому. Принцип социального генеза.
4. Высшие психические функции как функциональные системы. Первичный и вторичный дефекты. Компенсаторные перестройки функциональной системы.
5. Нейропсихологический фактор. Симптом и синдром. Синдромный анализ – выявление и квалификация симптомов.
6. Мозговые аппараты 1-го, 2-го и 3-го функционального блока мозга. Основные законы и характеристики их работы. Взаимодействие трех блоков мозга.
7. Межполушарная асимметрия. Методы оценки функциональной асимметрии. Соотношение ручной и речевой (языковой) асимметрии.
8. Доказательства асимметрии левого и правого полушарий мозга. Асимметрия блоков мозга. Стратегии работы полушарий.
9. Корковые нарушения произвольных движений и действий – апраксии. Различные варианты «лобного синдрома».
10. Эфферентная и динамическая афазия.
11. Общие (или модально-неспецифические) нарушения памяти при поражении 1-го блока мозга. Нарушения внимания.
12. Афферентная апраксия и афферентная афазия.
13. Сенсорная и акустико-мнестическая афазия.
14. Организация зрительной системы. Гностические расстройства. Виды агнозий.
15. Оптико-пространственная агнозия и семантическая афазия.
16. Нейропсихологические исследования индивидуальных различий. Компьютерные эксперименты. Стратегии переработки лексической информации.
17. Нейропсихологическая диагностика и коррекция трудностей обучения.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Критического анализа теоретических подходов к изучению состояния высших психических функций.
- Сравнительного анализа различных направлений на пути становления нейропсихологии.
- Оценки результатов экспериментальных исследований с точки зрения различных исследовательских парадигм.
- Применения методов нейропсихологического обследования в клинике локальных поражений мозга.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с поражением ЦНС, их родственниками, медицинским персоналом.

**ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студенту предлагается выбрать 2 вопроса.

Выбор:

1. Высшие психические функции как функциональные системы. Первичный и вторичный дефекты. Компенсаторные перестройки функциональной системы.
2. Корковые нарушения произвольных движений и действий – апраксии. Различные варианты «лобного синдрома».

Практическое задание:

Продемонстрировать методы нейропсихологического обследования в клинике локальных поражений мозга.

«НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Социальный генезис высших психических функций (ВПФ).
2. Теория формирования ВПФ как процесса интериоризации (Л.С.Выготский, П.Я.Гальперин).
3. Понятие «зона ближайшего развития» и его применение в нейропсихологической диагностике и коррекции.
4. Динамическая организация и локализация ВПФ.
5. Понятие функциональной системы и возможность перестройки функциональных систем.
6. Представление о «хроногенной локализации» функций Л.С.Выготского и его значение для детской нейропсихологии.
7. Концепция А.Р.Лурия о трех основных структурно-функциональных блоках мозга. Функции блоков.
8. Иерархическое строение блоков мозга. Общие закономерности созревания блоков.
9. Соотношение биологического и социального в формировании психических функций.
10. Нейропсихология индивидуальных различий как основа применения нейропсихологических методов в школьной практике.
11. Эфферентная (серийная) организация произвольных движений и действий. Становление серийной организации.
12. Методы диагностики: уровень мануальных движений, уровень артикуляторных программ, синтаксический уровень, уровень текста. Программирование и контроль произвольных действий.
13. Становление произвольной регуляции действий. Переработка кинестетической информации. Роль кинестетической информации в организации произвольных действий (по Н.А.Бернштейну).
14. Переработка слуховой информации. Роль левого полушария в переработке слуховой информации.
15. Переработка зрительной информации. Стратегии левого и правого полушарий в обработке зрительной информации.
16. Роль речи в формировании зрительных образов.
17. Переработка полимодальной, в том числе зрительно-пространственной, информации.
18. Необходимость синдромного (системного) анализа картины недоразвития ВПФ и выявления первичного дефекта.
19. Учет принципа системного строения ВПФ в коррекционном обучении.
20. Стратегии нейропсихологической реабилитации: (1) аналитические: а) «атака слабости», б) развитие «сильных» компонентов, в) смешанные; (2) холистическая – интерактивный подход; (3) системная – создание

(развитие) функциональной системы с опорой на сохранные звенья и «выращивание» слабого звена в процессе специально организованного социального взаимодействия.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Теоретического овладения частными методами диагностики, профилактики и коррекции трудностей обучения.
- Учета принципа системного строения ВПФ в применении к коррекционному обучению.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста, их родственниками, медицинским персоналом.

**ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студенту предлагается выбрать 2 вопроса.

Выбор:

1. Социальный генезис высших психических функций (ВПФ).
2. Переработка зрительной информации. Стратегии левого и правого полушарий в обработке зрительной информации.

Практическое задание:

Продемонстрируйте частные методы диагностики трудностей обучения

«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Больной поступил с жалобами на боли в области желудка, усиливающиеся после приема пищи. Около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка, с периодическими осенними обострениями. Работает спасателем в МЧС, работу считает нервной, связанной с частыми незапланированными командировками. Несмотря на это, пытается дослужиться до пенсии.

Настроение тревожное, подавленное, чувство тоски. Беспокоится по поводу возможных осложнений заболевания (кровотечение) и вреда для здоровья от назначенного врачом медикаментозного лечения. Пытается сам читать медицинскую литературу о язвенной болезни, использовать опыт народной медицины, обращался за лечением к врачам, без медицинского образования. Сопоставляет рекомендации разных специалистов, перепроверяет их, пытается сам анализировать результаты обследований.

На беседе обнаружил, что испытывает недостаток слов для выражения переживаний, чувств, эмоций. Никогда не любил фантазировать. Импульсивен, бедные межличностные связи, эмоционально невыразителен.

Вопросы:

1. К какому классу заболеваний относится язвенная болезнь желудка?
2. Какой фактор является особенно патогенным и влияет на течение заболевания?
3. Какой тип отношения к болезни можно диагностировать у больного?
4. Признаки какого психосоматического феномена описаны в ситуационной задаче?
5. К каким видам профессий относится профессия спасателя МЧС?

Задача 2

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.

Вопросы:

1. Какое заболевание возникло у ребенка?
2. Какие нарушения эмоциональной сферы описаны в задаче?
3. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?
4. Какие расстройства восприятия возникли у ребенка на высоте температуры?
5. Что такое «соматопсихическое расстройство»?

Задача 3

Девочка с возраста 2 лет до настоящего времени (5 лет 4месяца) воспитывалась только бабушкой, так как родители находятся в заграничной командировке. Состояние физического здоровья не позволяло бабушке помогать девочке опорожнять кишечник. Постоянное использование памперсов значительно облегчало бабушке уход за ребенком.

Бабушка пришла на прием к педиатру, обеспокоенная тем, что на шестом году жизни девочка еще не научилась самостоятельно, без помощи памперсов, регулировать отправления функций кишечника и мочевого пузыря и ухаживать за своим телом.

Вопросы:

1. Какое психосоматическое расстройство отмечается у девочки?
2. Какова ведущая причина возникновения данного расстройства?
3. К какому классу расстройств (с точки зрения культурно – исторического подхода в психосоматике) может быть отнесено данное расстройство?
4. Какие признаки нарушенной социализации телесных функций отмечаются у ребенка?
5. Объясните возможный механизм возникновения данного расстройства?

Задача 4

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.

Вопросы:

1. Какое психосоматическое расстройство отмечается у ребенка?
2. К какому классу расстройств (с точки зрения культурно – исторического подхода в психосоматике) может быть отнесено данное расстройство?
3. В ответ, на какие события может возникнуть данный вариант психосоматического дизонтогенеза?
4. Объясните возможный механизм возникновения данного расстройства?
5. С какой целью может использовать ребенок проявления психосоматического регресса?

Задача 5

Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

Вопросы:

1. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?
2. Какая модель возникновения психосоматического симптома объясняет возникновение данного расстройства?
3. Что могло стать пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития?
4. Какой метод лечения может быть использован для лечения данного расстройства?
5. Определите наличие либо отсутствие у пациентки признаков конверсионного расстройства?

Задача 6

Больная 50 лет обратилась с жалобами на страх входить в магазин, толпу, путешествовать одной в поезде, самолете. Испытывает ужас при мысли, что может упасть и быть оставленной беспомощной на людях.

Настроение больной подавленное. Старается без острой необходимости не выходить из дома.

Вопросы:

1. Какое нарушение возникло у больной?
2. К какому классу расстройств относится данное нарушение по МКБ-10?
3. Какой критерий может быть ведущим при установлении данного диагноза?
4. Какой характер течения обычно имеет данное расстройство?
5. В каком возрасте чаще всего возникает это расстройство у женщин?

Задача 7

Больная 30 лет обратилась в очередной раз к терапевту с жалобами на внутреннее беспокойство, нарушенный сон, страх по ночам и сниженное настроение, быструю истощаемость внимания и трудность сосредоточения. Кроме того, ее беспокоят неприятные ощущения в области сердца, затрудненное дыхание, отрыжка и ком в горле, ощущения покалывания в языке, кончиках пальцев рук и ног. В поликлинику обращается регулярно, 1-2 раза в неделю. Многочисленные и разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких либо тканевых изменений в органах и системах. Врач относила пациентку в категорию «трудных больных» и испытывала при этом определенную беспомощность.

Вопросы:

1. Какое нарушение возникло у больной?
2. В чем особенность предъявляемых больной жалоб?
3. Какой критерий может быть ведущим при установлении данного диагноза?
4. Чем данное нарушение отличается от конверсионного расстройства?
5. Как называл данное расстройство Ф.Александр?

Задача 8

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.

Вопросы:

1. Какое заболевание возникло у ребенка?
2. Какая эмоция чувство могло сыграть роль в развитии данного заболевания?
3. Какой психологический фактор играли роль в развитии данного заболевания?
4. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?
5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

Задача 9

Больной А., 46 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу язвенной болезни желудка в стадии ремиссии. К состоянию своего здоровья всегда относился внимательно, подчас с мнительностью, застреванием на переживаниях, связанных с заболеванием. Два года назад после операции по поводу рака желудка умер сосед по квартире. Вскоре после этого больной обратился к врачу с жалобами на боли в области желудка, раздражительность, утомляемость плохой сон. Во время обследования в стационаре установлен диагноз хронический гастрит с пониженной секреторной функцией. Выписан со значительным улучшением, однако через 6 месяцев состояние ухудшилось и при повторном стационарном обследовании был установлен диагноз «язвенная болезнь желудка». У больного нарастали тревожность, раздражительность, быстрая истощаемость, все внимание фиксировалось на возможных последствиях, особенно беспокоила мысль о раке желудка. Разубеждения о несостоятельности опасений достигали положительного эффекта нон на непродолжительное время. В процессе лечение состояние нормализовалось и стал строить на будущее реальные жизненные планы.

Вопросы:

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента?
2. Какой вариант названной Вами формы реагирования отмечается у больного?
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?
4. Отмечается или нет завышенная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?
5. Что такое «соматонозогнозия»?

Задача 10

Больной 70 лет поступил в глазное отделение с диагнозом: глаукома левого глаза, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз. Себя считает добродушным, спокойным, к своему здоровью относится беспечно. Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. Данное заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями не только для жизни, но и для здоровья. При разъяснении врачам всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного и систематического лечения вначале соглашается с их доводами и лечебные назначения выполняет регулярно. Однако через несколько дней начинает вновь считать свое заболевание легким и несерьезным, ввиду этого лечебные процедуры попускает и считает их необязательными и даже ненужными.

Вопросы:

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента?
2. Какой вариант названной Вами формы реагирования отмечается у больного?
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?
4. Отмечается или нет заниженная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?
5. Как Вы оцените имеющуюся у больного приверженность рекомендациям врача?

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Понятия «психосоматическая медицина» и «психосоматические расстройства». Психосоматика как область междисциплинарных исследований психосоматической проблемы.
2. Психосоматика и соматопсихика. Проблема связи психической и соматической «сферы».
3. Психосоматические и соматоформные расстройства.
4. Основные положения психосоматического подхода. Особенности современной психосоматики.
5. Психоаналитическая концепция возникновения психосоматических расстройств. Конверсионная модель З.Фрейда.
6. Понятие «конверсионное расстройство». Механизм конверсии в возникновении психосоматических расстройств. Вторая модель возникновения психосоматического расстройства по З.Фрейду.
7. Специфический и неспецифический подходы к пониманию природы психосоматических расстройств.
8. Специфичность психосоматических расстройств. Четыре типа теорий специфичности.
9. Теория неспецифичности психосоматических расстройств.
10. Понятие «алекситемия», его характеристика и связь с теорией неспецифичности.
11. Теория специфических для болезни психодинамических конфликтов Ф.Александера. Современная оценка теории Ф.Александера.
12. Учение И.П. Павлова об условных рефлексах и психосоматическая медицина. Влияние условных рефлексов на соматические функции.
13. Гипотеза о кортико- висцеральном происхождении психосоматический заболеваний К.М.Быкова, И.Т.Курцина.
14. Достоинства и недостатки учения И.П. Павлова и кортико – висцеральной теории К.М.Быкова, И.Т.Курцина.
15. Теории конституций, их недостатки и значение для психосоматической медицины
16. Гуморальные теории темпераментов Гиппократ – Галена.
17. Теория биологических типов конституции Э.Кречмера.
18. Теория конституционных типов и типов темперамента У.Шелдона
19. Недостатки теорий конституционной специфичности личности.
20. Концепция профиля личности Ф.Данбар.
21. Психологическая характеристика поведенческого типа А. и типа Б.
22. Критика концепции превалирования поведенческого типа А.
23. Современные взгляды на роль структуры личности в возникновении психосоматических расстройств.
24. Понятие об интегративных моделях. Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Г.Вайнеру
25. Различная природа болезни, чувства болезни и страдания.

26. Биопсихосоциальная модель Т.Иксюля и В.Везиака
27. Внутренняя картина здоровья.
28. Понятие о внутренней картине болезни. Модели ВКБ А.Гольдшейдера и А.Р.Лурия.
29. Структура ВКБ (по В.В.Николаевой). Модель ВКБ А.Ш.Тхостова, - Г.А.Ариной.
30. Теоретическая модель ВКБ В.М.Смирнова – Т.Н.Резниковой. Понятие о церебральном информационном поле болезни. Определение ВКБ и «роль детектора» в данной модели.
31. Модель прогноза заболевания, модель ожидаемых результатов лечения и модель полученных результатов лечения
32. Взгляды отечественных и зарубежных авторов на определение понятий «отношение к болезни», «реакция на болезнь» и их типология (Е.А.Шевалев, А.Б.Квасенко, Ю.Г.Зубарев; Р.Конечный, Р.Конечный, М.Боухал).
33. Роль ВКБ и факторы, влияющие на ее формирование.
34. ВКБ при соматических заболеваниях.
35. Динамика реакций на болезнь и факторы, влияющие на возникновение реакций на болезнь.
36. Реакции личности на ишемическую болезнь сердца (по И.К.Шхвацабая). Реакции личности на инфаркт миокарда (по В.П.Зайцеву).
37. ВКБ при нервно – психических заболеваниях.
38. ВКБ при неврозах.
39. Классификация психосоциальных реакций на болезнь З.Липовски.
40. Личность в условиях хронического соматического заболевания.
41. Современные взгляды на проблему субъективной картины болезни: состояние и проблемы.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- обоснованного выбора адекватных психодиагностических методик и психокоррекционного подхода;
- овладения принципами и методами психологического консультирования, психокоррекции больных с психосоматическими заболеваниями;
- взаимодействия клинического психолога с пациентами, имеющими психосоматические заболевания и их ближайшим микросоциальным окружением;
- организации работы клинического психолога и взаимодействия с медицинским персоналом в психосоматической клинике;

- навыки рефлексии, самоанализа, эмпатии, аффилиации, субъективного контроля ситуации, проблем - разрешающего и социально-поддерживающего поведения в работе с больными, имеющими психосоматическую патологию.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с психосоматическими расстройствами, их родственниками, медицинским персоналом.

ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Психоаналитическая концепция возникновения психосоматических расстройств. Конверсионная модель З.Фрейда.
2. Структура ВКБ (по В.В.Николаевой). Модель ВКБ А.Ш.Тхостова, - Г.А.Ариной.

Задача 4

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.

Вопросы:

1. Какое психосоматическое расстройство отмечается у ребенка?
2. К какому классу расстройств (с точки зрения культурно – исторического подхода в психосоматике) может быть отнесено данное расстройство?
3. В ответ, на какие события может возникнуть данный вариант психосоматического дизонтогенеза?
4. Объясните возможный механизм возникновения данного расстройства?
5. С какой целью может использовать ребенок проявления психосоматического регресса?

«МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Антон, 14 лет: жалобы при обращении на замкнутость, раздражительность, угрозы уйти из дома. При попытках заговорить с ним раздражается, грубит, легко впадает в бешенство. Провоцирует брата (10 лет) на драки, ссоры. Во время драк с братом или сверстниками бледнеет, испытывает слабость, перед глазами появляются цветные пятна.

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможные диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?
5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

Задача 2

Аня, 7 лет. Жалобы при обращении: на непоседливость, утомляемость, на уроках занимается посторонними делами. Программу усваивает с трудом. Плохо переносит замечания, легко огорчается при неудачах, временами бывает капризной. В школу пошла с 6-ти лет, адаптировалась хорошо. Отношения с одноклассниками устанавливает, но часто обижается на них и плачет

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможны диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?
5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

Задача 3

Лиза, 8 лет. Жалобы при обращении на нарушения поведения (на уроке может отключиться и перестать выполнять задания), плохое настроение, конфликты с мамой. Травма головы в 2 года (автоавария). С раннего

детства была беспокойной, тревожной. С 5-ти лет появились головные боли (особенно после детского сада или после нагрузки). Девочка эмоциональна, чувствительна, не уверена в себе, часто плачет.

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможны диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?
5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

Задача 4

Никита, 9 лет. Жалобы при обращении: на малообщительность, отказ разговаривать с учителями и сверстниками. Рос угрюмым, замкнутым. В школу пошел с 7-ми лет, неохотно. На уроках отказывался отвечать или отвечал еле слышно. Со временем перестал разговаривать в школе, исключение делал только для матери, двоюродного брата и девочки-соседки.

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможны диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?
5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

Задача 5

Катя, 4 года. Жалобы при обращении: на упрямство, вспышки ярости, стремление делать все по-своему. Родители молодые, еще учатся, часто вовремя сессии отправляют ребенка к бабушке. Бабушку девочка очень любит и хочет жить у нее. Задание: определить стратегию диагностического обследования.

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможны диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?

5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

Задача 6

Андрей, 10 лет. Жалобы при обращении на: неуверенность, лень, безволие, неспособность прилагать усилия для достижения цели. Учится в школе плохо. В свободное время ничего не делает или играет в компьютерные игры. Друзей нет. В ответ на любое новое предложение (какая-либо деятельность) сначала загорается, но после первой неудачи все бросает.

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможны диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?
5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Теоретические принципы диагностики развития в норме и патологии (аномалии). Единство нормы и аномалии.
2. Основные модели и критерии нормы развития. Соотношение понятий «норма развития», «кризис развития», «аномалия развития», «патология развития». Понятие «социально-психологический норматив» (СПН) и его значение для психодиагностики развития.
3. Трёхкомпонентная модель анализа психического развития ребёнка (каузальный уровень, уровень базовых составляющих развития, феноменологический уровень).
4. Основные принципы и положения интегративной психодиагностики развития ребёнка в норме и патологии (аномалии).
5. Общая характеристика структуры базовых составляющих психического развития ребёнка.
6. Специфика базовых составляющих психического развития ребёнка (психологический синдром развития) при дизонтогенезе по типу недоразвития (ретардации).

7. Специфика базовых составляющих психического развития ребёнка (психологический синдром развития) при дизонтогенезе по типу асинхронии.
8. Специфика базовых составляющих психического развития ребёнка (психологический синдром развития) при дизонтогенезе по типу повреждения.
9. Специфика базовых составляющих психического развития ребёнка (психологический синдром развития) при дефицитарном онтогенезе.
10. Общая характеристика основных этапов диагностики развития в норме и патологии (аномалии).
11. Современные подходы к классификации методов диагностики развития в норме и патологии (аномалии).
12. Анамнез в структуре комплексного психодиагностического обследования ребёнка и его возрастная специфика.
13. Привязанность как клиничко-психологический феномен.
14. Психодиагностика привязанности: цели, методики, принципы анализа и интерпретации показателей.
15. Диагностические пробы на совместную деятельность в родительско-детской диаде. Основные критерии анализа.
16. Характеристика основных этапов в психодиагностике родительско-детской диады.
17. Характеристика основных блоков родительского отношения в диагностическом процессе.
18. Общая характеристика (схема построения и проведения) основных методик диагностики родительско-детских отношений (для ребёнка, для родителя, для диады).
19. Психодиагностика развития эмоционально-волевой сферы дошкольника: цели, методики, принципы анализа и интерпретации показателей.
20. Общая характеристика (схема построения и проведения) основных методик диагностики развития эмоционально-волевой сферы дошкольников и младших школьников.
21. Психодиагностика невротических состояний (тревоги, страхи) и расстройств детей дошкольного и младшего школьного возраста: методы цели, методики, принципы анализа и интерпретации показателей. Особое значение проективных рисуночных тестов.
22. Проблема изучения развития мышления и интеллекта в психологии и смежных областях науки и практики.
23. Феноменология (клиника) и типология интеллектуальных нарушений в детском возрасте.
24. Критерии качественной оценки уровня развития интеллекта детей шести-восьми лет на основе использования психологических методик.
25. Критерии количественной оценки уровня развития интеллекта детей шести-восьми лет на основе использования психометрических методик.

26. Схема построения и проведения методики Д.Векслера (взрослый вариант WAIS и детский вариант ABM-WISC): характеристика основных субтестов, количественные и качественные показатели.
27. Дифференциальная диагностика пограничной интеллектуальной недостаточности и умственной отсталости (слабоумия) в младшем школьном и дошкольном возрасте: основные диагностические средства и показатели.
28. Общие возрастные закономерности проявления и развития психических расстройств (заболеваний) у детей и подростков. Современные принципы психодиагностики.
29. Патопсихологическая диагностика развития детей больных шизофренией: цели, методики, принципы анализа и интерпретации показателей.
30. Нейропсихологическая диагностика развития детей дошкольного и младшего школьного возраста: цели, методики, принципы анализа и интерпретации показателей.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Использования и интерпретации психодиагностических методик.
- Проведения патопсихологического и нейропсихологического обследования ребенка любого возраста.
- Умение формулировать гипотезу патопсихологического обследования ребенка, построить план обследования с использованием набора методических средств (с учетом возрастных нормативов).
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста, их родственниками, медицинским персоналом.

**ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ»**

ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студенту предлагается выбрать по 1 вопросу из двух конвертов и ситуационную задачу из 3-го конверта.

Выбор:

1. Теоретические принципы диагностики развития в норме и патологии.
Единство нормы и патологии.
2. Дифференциальная диагностика ЗПР и умственной отсталости: основные диагностические средства и показатели.

Задача 5

Катя, 4 года. Жалобы при обращении: на упрямство, вспышки ярости, стремление делать все по-своему. Родители молодые, еще учатся, часто вовремя сессии отправляют ребенка к бабушке. Бабушку девочка очень любит и хочет жить у нее. Задание: определить стратегию диагностического обследования.

Вопросы:

1. Какие основные объекты (сферы) психодиагностики?
2. Какие диагностические средства (методики) могут быть использованы в данном случае?
3. Какие возможны диагностические гипотезы?
4. Возможно ли использование диагностических средств смежных специалистов (врачей, физиологов, педагогов)?
5. Какие дополнительные источники информации можно использовать при организации диагностического процесса в данном случае?

«ПАТОПСИХОЛОГИЯ»

Ситуационные задачи ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОПСИХОЛОГИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Пациент выполняет задание по описанию сюжетных картин. При осмотре картинка, на которой нарисован крестьянин, стоящий с задумчивым видом у телеги, у которой отскочило колесо, больной говорит: "Вот колесо, а это мужчина стоит", показывая на лошадь. "А это птица какая-то". Экспериментатор: "Это ведь лошадь". Больной: "На лошадь плохо смахивает". Узнав телегу и колесо, он не только не делает соответствующего вывода, что стоит телега с лошастью, но остро торчащие уши лошади создают у больного впечатление, что это птица.

Вопросы:

1. Нарушение какого психического процесса у пациента?
2. Как называется данное нарушение?
3. В чем специфика данного нарушения?
4. У каких больных могут наблюдаться подобные особенности мышления?
5. С помощью каких еще методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 2

Во время исследования мышления с помощью методики «классификация предметов» больной Н. легко усваивает инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинает раскладывать карточки по обобщенному признаку. Спустя некоторое время, образуя группы растений, животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести *мухомор*: "Он же вредный, отнесу-ка в сторону". Точно так же он не знает, куда отнести *жука*: "Положу его к книге и тетради, его же изучают в школе". После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: "Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру". В итоге у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. После просьбы экспериментатора объединить некоторые группы больной испытывает явные затруднения:

"Людей с животными, да? Растения... Ну, а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами?" Видно, что больной заметно устал, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя 5 мин, больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

Вопросы:

1. Какие особенности мышления наблюдаются?
2. С чем связаны наблюдаемые особенности мышления?
3. Для какого уровня мыслительной деятельности характерны
4. подобные особенности?
5. У каких больных могут наблюдаться подобные особенности мышления?

Задача 3

При исследовании мышления методикой "классификация предметов" больной К. не сразу понимает инструкцию ("Они же все разные"), пытается сосчитать карточки. После дополнительного объяснения экспериментатора в одну группу кладет изображения телеги и лошади, в другую — врача и термометр, говоря: "Пускай он измерит температуру". В третью группу относит шкаф, кастрюлю, свеклу: "Это все можно варить в кастрюле и поставить в шкаф". Цветок он объединяет с жуком и птичкой, поясняя: "Надо жука посадить на цветок. Птицы кушают жуков, но этот слишком большой... Я видел, как птицы кормят своих птенцов". Платье он объединяет с уборщицей: "Она его будет носить". Лису, медведя и дерево объединяет в одну группу: "Эти живут в лесу". Экспериментатор пытается помочь больному установить более общие связи между предметами, но безуспешно. Так, предложение объединить в одну группу кошку и собаку больной отвергает: "Они не живут мирно". Точно так же больной не соглашается объединить в одну группу рыбу, лисицу, волка и козу: "Нет, так нехорошо. Рыба плавает, лиса и волк живут в лесу, а коза бегает по двору. Их нельзя объединить".

Вопросы:

1. Какие особенности мышления наблюдаются?
2. С чем связаны наблюдаемые особенности мышления?
3. Для какого уровня мыслительной деятельности характерны подобные особенности?
4. У каких больных могут наблюдаться подобные особенности мышления?
5. С помощью каких еще методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 4

В опыте на классификацию предметов больной Р. объединяет карточки следующим образом:

1. *Лыжник и свинья*; объясняет: "Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья — на зелени".
2. *Карандаш и козел* — «Обе картинki нарисованы карандашом».
3. *Самолет и дерево* — «Это небо и земля».
4. *Кошка, стол и слива* — «Кошка на столе и слива тоже на столе».
5. *Тетрадь, диван, книга* — «На диване можно заниматься».
6. *Часы, велосипед* — «Часы измеряют время; когда едут на велосипеде — тоже измеряется пространство».
7. *Вилка, лопата, стол* — «Это все твердые предметы, их нелегко сломать».
8. *Кастрюля, шкаф* — «Здесь есть отверстия».

На вопрос экспериментатора: «А может, можно по-другому разложить?» больной отвечает утвердительно, разрушает прежние группы, складывает в одну группу куст, кастрюлю, козла, объясняя: «Все начинается на букву к».

Вопросы:

1. Какие особенности мышления наблюдаются?
2. С чем связаны наблюдаемые особенности мышления?
3. Для какого уровня мыслительной деятельности характерны подобные особенности?
4. У каких больных могут наблюдаться подобные особенности мышления?
5. С помощью каких еще методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 5

Выполнение методики «Пиктограмма» вызывает у испытуемого К. значительные трудности. При необходимости найти рисунок для запоминания предъявляемых понятий ему трудно оторваться от их конкретного содержания. Например, подбирая рисунок для слова "развитие" он говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?" Также он затрудняется придумать рисунок для запоминания слова "разлука". "По-разному, можно разлучаться: можно с любимой; или сын уходит из дома, или просто друзья расстаются. Не понимаю, что нарисовать?" Рисуя, испытуемый пытается почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, для запоминания выражение "веселый праздник" больной рисует пляшущих людей, накрытый стол, цветы, рядом рисует флаг. Спустя некоторое время испытуемый не

может правильно воспроизвести значительную часть выражений-стимулов, описывая вместо них сделанные им рисунки.

Вопросы:

1. Какие расстройства можно предположить у этого испытуемого, в какой сфере?
2. С чем могут быть связаны подобные расстройства?
3. У каких больных могут быть подобные расстройства?
4. Как можно проверить имеющиеся предположения?
5. С помощью каких еще методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 6

При исследовании уровня притязаний испытуемый В. проявил к нему живой интерес и сразу же выбрал задание высокого уровня сложности. Не справившись с ним, был слегка обескуражен, снова выбрал задание такой же сложности, опять не смог его выполнить и выбрал совсем легкое задание. Быстро решив легкую задачу, испытуемый снова выбрал самый сложный уровень, но не справившись с ним стал терять интерес к эксперименту. Под давлением экспериментатора продолжил работу и опять выбрал очень легкую задачу.

Исследования памяти и мышления испытуемого В. не выявило никаких нарушений в данной сфере.

Вопросы:

1. В какой сфере личности наблюдается расстройство?
2. У каких пациентов могут быть подобные расстройства?
3. Какие диагностические признаки этого расстройства имеются в данной задаче?
4. Какие еще нарушения можно предполагать у этих пациентов?
5. С помощью каких еще методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 7

На протяжении нескольких месяцев у пациентки Л. наблюдалось сниженное, тоскливое настроение. Она могла расплакаться при виде грязной посуды, оставленной в мойке детьми, или накричать на них ни с того, ни с сего. Стала плохо спать, засыпала с трудом далеко за полночь и с трудом просыпалась утром на работу, не имея сил подняться. Весь день пациентка чувствовала вялость и разбитость, и только к вечеру самочувствие несколько улучшалось. Пациентка стала плохо справляться со своими служебными и домашними обязанностями. Помощь близких только усугубляла ее плохое самочувствие, ей начинало казаться, что она стала обузой для всех, что она не заслуживает хорошего отношения к себе доставляющей всем

неприятности и лишние хлопоты, которых она совершенно не заслуживает.

Вопросы:

1. В какой сфере личности наблюдается расстройство?
2. У каких пациентов могут быть подобные расстройства?
3. Какие диагностические признаки этого расстройства имеются в данной задаче?
4. Какие еще нарушения можно предполагать у этих пациентов?
5. С помощью каких методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 8

Пациентку С. привел к психологу муж, так как устал от ее чрезмерной активности и странных поступков в последние 2 недели. Он отметил, что жена стала очень говорливой и суетливой. Начиная одно дело, тут же его бросала и принималась за другое, при этом была очень воодушевлена, что-то весело напевала, при малейшем поводе начинала смеяться. Глядя телевизор, она все время переключала телеканалы, не смотря толком ни одной передачи и не давая посмотреть полноценно телевизор другим. На критику ее поведения со стороны окружающих реагировала или смехом или вспышками гнева. Пациентка стала мало спать и разбудить, например, всю семью в 5 утра, затеяв неожиданно уборку с перестановкой мебели. Потратила значительную сумму денег, записавшись сразу на несколько курсов: по изучению иностранных языков, овладению компьютерной грамотностью и курсы парикмахеров. При этом пациентка объяснила мужу, что собирается открыть свой собственный салон красоты, а в дальнейшем и целую сеть салонов, хотя неплохо и до этого зарабатывала.

Вопросы:

1. В какой сфере личности наблюдается расстройство?
2. У каких пациентов могут быть подобные расстройства?
3. Какие диагностические признаки этого расстройства имеются в данной задаче?
4. Какие еще нарушения можно предполагать у этих пациентов?
5. С помощью каких методик можно исследовать данный тип нарушений?

Задача 9

Во время патопсихологического исследования у пациента Д. наблюдается некоторое снижение продуктивности непосредственного запоминания (на кривой запоминания наблюдается сначала подъем, а потом снижение и плато). Опосредованное запоминание по методике «Пиктограмма» не нарушено, хотя пациент испытывает трудности при

подборе опосредующих стимулов, ассоциативный ряд беден, пациент работает медленно, хотя в итоге подбирает адекватные обобщающие образы. Исследование мышления не выявило нарушений на операциональном уровне.

Вопросы:

1. В какой сфере личности наблюдается расстройство?
2. У каких пациентов могут быть подобные расстройства?
3. Какие диагностические признаки этого расстройства имеются в данной задаче?
4. Какие еще нарушения можно предполагать у этих пациентов?
5. С помощью каких методик можно исследовать данный тип нарушений?

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Предмет патопсихологии.
2. Отличия патопсихологии от психопатологии.
3. Методы патопсихологии.
4. Задачи патопсихологии.
5. Понятие психического здоровья. Основные подходы к пониманию нормы и патологии.
6. Основные классификации психических болезней.
7. Основные особенности патопсихологического эксперимента.
8. Принципы построения патопсихологического исследования в клинике.
9. Этапы клинико-психологической беседы.
10. Нарушения восприятия на различных уровнях: ощущения, восприятия, представления.
11. Нарушения предметного восприятия: агнозии и псевдоагнозии при деменциях.
12. Нарушение мотивационного компонента восприятия.
13. Психологические исследования слуховых галлюцинаций.
14. Основные виды расстройств памяти.
15. Нарушения непосредственной памяти.
16. Нарушение динамики мнестической деятельности.
17. Нарушения опосредованной памяти.

- 18.Нарушения мотивационного компонента памяти.
- 19.Методы исследования нарушений памяти.
- 20.Основные виды расстройств мышления.
- 21.Нарушения операционального уровня мышления.
- 22.Нарушение мотивационного уровня мышления.
- 23.Нарушение динамики мыслительной деятельности.
- 24.Расстройства решения проблем.
- 25.Методы исследования нарушений мышления.
- 26.Использование методики «пиктограмма» для диагностики нарушений мышления.
- 27.Основные расстройства настроения (депрессии, мании и др.).
- 28.Роль когнитивной переработки в возникновении эмоциональных расстройств (основные категории ошибок мышления, ведущие к эмоциональным расстройствам).
- 29.Основные виды тревожных расстройств.
- 30.Посттравматическое стрессовое расстройство.
- 31.Основные методы диагностики расстройств эмоциональной сферы.
- 32.Психопатии, как личностные расстройства, критерии диагностики психопатии, виды психопатий.
- 33.Понятие патопсихологического синдрома.
- 34.Основные виды патопсихологических синдромов.
- 35.Нарушения мышления и других познавательных процессов при шизофрении.
- 36.Нарушение эмоционально-личностной сферы и общения при шизофрении.
- 37.Нарушение психических функций при диффузных поражениях головного мозга.
- 38.Структура психологического дефекта при эпилепсии.
- 39.Нарушения познавательных процессов при эпилепсии.
- 40.Нарушение эмоционально-личностной сферы при эпилепсии.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Овладения принципами патопсихологического исследования.
- Составления обоснованного плана патопсихологических субтестов для исследования познавательных процессов.
- Подбора и применения личностных методик, необходимых для анализа конкретного случая.
- Описания феноменов нарушения психической деятельности.

- Оценки динамики психического состояния больных в процессе лечения.
- Оценки эффективности проведенной терапии.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с психическим расстройством, их родственниками, медицинским персоналом.

**ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОПСИХОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студенту предлагается выбрать 2 вопроса и 1 ситуационную задачу.

Выбор:

- 1 Задачи патопсихологии.
- 2 Основные методы диагностики расстройств эмоциональной сферы.

Задача 8

Пациентку С. привел к психологу муж, так как устал от ее чрезмерной активности и странных поступков в последние 2 недели. Он отметил, что жена стала очень говорливой и суетливой. Начиная одно дело, тут же его бросала и принималась за другое, при этом была очень воодушевлена, что-то весело напевала, при малейшем поводе начинала смеяться. Глядя телевизор, она все время переключала телеканалы, не смотря толком ни одной передачи и не давая посмотреть полноценно телевизор другим. На критику ее поведения со стороны окружающих реагировала или смехом или вспышками гнева. Пациентка стала мало спать и разбудить, например, всю семью в 5 утра, затеяв неожиданно уборку с перестановкой мебели. Потратила значительную сумму денег, записавшись сразу не несколько курсов: по изучению иностранных языков, овладению компьютерной грамотностью и курсы парикмахеров. При этом пациентка объяснила мужу, что собирается открыть свой собственный салон красоты, а в дальнейшем и целую сеть салонов, хотя неплохо и до этого зарабатывала.

Вопросы:

1. В какой сфере личности наблюдается расстройство?
2. У каких пациентов могут быть подобные расстройства?
3. Какие диагностические признаки этого расстройства имеются в данной задаче?
4. Какие еще нарушения можно предполагать у этих пациентов?

5. С помощью каких методик можно исследовать данный тип нарушений?

«ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»

Ситуационные задачи

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1.

Оля С., 8 лет. Ученица 1-го класса. Обратилась мама. Девочка в течение 2 месяцев перенесла операцию аппендицита и пневмонию, долго находилась в больнице. В настоящее время осталась температура на уровне 37,1 — 37,3 °С. Мать беспокоит то, что девочка утратила интерес к учебе, охотно слушает сказки для более младшего возраста, играет в куклы. Попытки заставить ее «догонять» учебную программу безуспешны: Оля плачет, раздражается. Раньше (до начала болезней) успеваемость была хорошей, интерес к учебе сформирован, девочка готовилась к урокам самостоятельно.

При патопсихологическом обследовании ярко выражены черты «детскости» в поведении, быстрая истощаемость по гипостеническому типу. Уровень интеллекта соответствует возрастной норме. Круг интересов в данный момент соответствует шести годам. Выражена эмоциональная лабильность.

Вопросы:

1. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у ребёнка?
2. Укажите возможный вариант нарушения психического развития по МКБ-10.
3. Требуется ли помощь смежного специалиста (психиатра, невропатолога, дефектолога, соц. педагога и др.)?
4. Каковы стратегия и тактика коррекции и прогноз развития ребёнка в целом?
5. В какой форме и в каком типе образовательного учреждения возможно обучение ребёнка?

Задача 2.

Вася Л., 13 лет. Ученик 6-го класса. Обратились мама и классный руководитель. Ребенок родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел с 7-ми лет и учился на «4» и «5». В течение последних двух месяцев после перенесенного ОРЗ резко ухудшилась успеваемость по всем предметам. Дома готовится к урокам, но стал обращаться к родителям за помощью при выполнении элементарных арифметических действий, иногда забывает начертание букв, не запоминает только что выученный материал. На уроках сонлив, часто жалуется на головную боль.

При патопсихологическом обследовании отмечается затрудненная вработываемость, гипостеническая истощаемость. Резкое сужение объема внимания. Механическое запоминание затруднено, отсроченное воспроизведение одного слова из десяти. Нарушена функция зрительного синтеза, а в результате этого —• навыки чтения и письма. Вася не осознает происходящие с ним изменения и относится к ним с безразличием или смехом. Нарушена целенаправленность деятельности, при сохранности стереотипных действий: сам ест, одевается, но может положить в портфель не те учебники, а иногда и посторонние вещи.

Вопросы:

1. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у ребёнка?
2. Укажите возможный вариант нарушения психического развития по МКБ-10.
3. Требуется ли помощь смежного специалиста (психиатра, невропатолога, дефектолога, соц. педагога и др.)?
4. Каковы стратегия и тактика коррекции и прогноз развития ребёнка в целом?
5. В какой форме и в каком типе образовательного учреждения возможно обучение ребёнка?

Задача 3.

Наташа С., 3 года, обследуется в условиях психиатрического стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни известно, что мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течение первого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. В настоящее время девочка должна быть переведена из Дома ребенка в Детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из двух-трех слов.

При патопсихологическом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение

фразы из 4 —5 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок на уровне каракуль. Доступно выполнение 1-й «Доски Сегена» методом проб и ошибок. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истощаемость, неустойчивость внимания. При проведении обучающего эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

Вопросы:

1. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у ребёнка?
2. Укажите возможный вариант нарушения психического развития по МКБ-10.
3. Требуется ли помощь смежного специалиста (психиатра, невропатолога, дефектолога, соц. педагога и др.)?
4. Каковы стратегия и тактика коррекции и прогноз развития ребёнка в целом?
5. В какой форме и в каком типе образовательного учреждения возможно обучение ребёнка?

Задача 4.

Костя Б., 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 мес., сидеть научился к 9 мес., ходить — в 1 год и 5 мес. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь — к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10.

При патопсихологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками.

Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Механическое запоминание успешно: 5, 7, 7, 10; опосредованное ассоциативное запоминание значительно хуже. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные — невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса.

Конструктивный праксис недоступен, рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен.

Установление связи и последовательности событий в серии из 2 картин — с помощью. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

Вопросы:

1. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у ребёнка?
2. Укажите возможный вариант нарушения психического развития по МКБ-10.

3. Требуется ли помощь смежного специалиста (психиатра, невропатолога, дефектолога, соц. педагога и др.)?
4. Каковы стратегия и тактика коррекции и прогноз развития ребёнка в целом?
5. В какой форме и в каком типе образовательного учреждения возможно обучение ребёнка?

Задача 5.

Денис М., 6 лет. Обратилась мать с сыном с жалобой на задержку в формировании речи и странности в поведении. Со слов матери ребенок родился в срок, с нормальным весом и ростом. Отказывался брать грудь, долго не формировался «комплекс оживления». Несмотря на это, раннее развитие соответствовало норме, первые слова появились в 9 мес., навыки ходьбы — в 1 год и 2 мес. Детский сад ребенок не посещает, воспитывается дома. В настоящее время у ребенка присутствует фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, себя называет «ты» или «Денис», мать может назвать «я». Из вопросов употребляется только «где?» и то крайне редко. Речь представляет собой комментарий всех событий, происходящих с ребенком, его действий и желаний. Часты неологизмы, иногда непонятные для окружающих: «Чурля-ка», «Небияк» и т. д. Новые, похожие по звучанию слова ребенок может повторять в течение нескольких дней, не интересуясь их содержанием.

Моторика развита слабо, плохо, часты стереотипные действия: раскачивания, переступания с ноги на ногу; рисует одинаково правой и левой рукой, иногда двумя сразу. Карандаш удерживает в кулаке.

Себя ребенок обслуживает: самостоятельно ест, одевается. Выражена избирательность в еде, страх перед новой пищей. Помимо этого Денис боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми. Мать беспокоят такие особенности ребенка. Она хотела бы решить вопрос о форме и месте обучения. Ребенок умеет читать, считать в пределах 100, легко читает трехзначные числа.

При патопсихологическом обследовании контакт с ребенком удается установить только в процессе совместного рисования. До этого он ходит по кабинету, дотрагивается до предметов и мебели, обследует их. Игрушки иногда лижет. На присутствие в комнате психолога никак не реагирует. В ходе совместного рисования называет тему своего рисунка: «Денис рисовать ежей» и рисует подряд на пяти листах одинаковых ежей. Возможно рисование по просьбе экспериментатора. Другие задания не выполняются, выражены реакции пассивного протеста. Возможно выполнение простых инструкций: «Дай мяч», «Положи карандаш». Зрительного контакта с психологом нет, на прикосновения — реакция избегания.

Рисунки, с точки зрения ребенка, неудачные, он тут же рвет и бросает обрывки в определенный угол кабинета; удачные вырезает и пытается наклеить на стену кабинета. За помощью не обращается ни к психологу,

ни к матери.

Вопросы:

1. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у ребёнка?
2. Укажите возможный вариант нарушения психического развития по МКБ-10.
3. Требуется ли помощь смежного специалиста (психиатра, невропатолога, дефектолога, соц. педагога и др.)?
4. Каковы стратегия и тактика коррекции и прогноз развития ребёнка в целом?
5. В какой форме и в каком типе образовательного учреждения возможно обучение ребёнка?

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Понятие «психический дизонтогенез» и его соотношение с понятиями «аномалии развития», «дефект развития», «ограниченные возможности».
2. Аномальный ребенок как объект изучения в специальной психологии, дефектологии, медицине, физиологии.
3. Основные теоретические подходы к проблеме «норма-аномалия».
4. Эволюция понятия «норма»: норма как зона функционального оптимума, норма как характеристика субъекта. Соотношение понятия «норма» и «здоровье».
5. Психологический аспект проблемы: общепсихологические и возвратно-психологические аспекты.
6. Норма и аномалии в физическом и психическом развитии ребенка. Кризисы и аномалии развития.
7. Патологические и непатологические аномалии развития. Критерии нормы психического развития. Структура и характеристики базовых составляющих психического развития ребёнка (Н.Я.Семаго, М.М.Семаго).
8. Предмет, цель и задачи психологии аномального развития. Связь с другими разделами и отраслями психологии (возрастная психология, педагогическая психология, клиническая психология, детская нейро- и патопсихология, специальная психология).
9. Психология аномального развития и дефектология. Психология аномального развития и коррекционная педагогика.
10. Вклад Л.С. Выготского и других отечественных психологов в разработку проблем дефектологии, психология аномального развития и специальной психологии.
11. Значение психологии аномального развития в решении общепсихологических проблем нарушения психического развития.

12. Психология аномального развития в клинике психических и соматических расстройств у детей. Вклад отечественных и зарубежных психиатров и педиатров в разработку проблем психологии и психопатологии аномального развития.
13. Классификация дефектов в специальной психологии и смежных областях знания: первичный и вторичный дефекты; дефекты по специфике формирования (повреждения, недоразвитие, асинхрония); дефекты по уровню функциональной локализации (тотальный и парциальный).
14. Понятие «коррекция» и «компенсация». Компенсация как замещение и как перестройка функций. Компенсаторные и гиперкомпенсаторные механизмы развивающейся личности.
15. Понятия «депривация» и «травма». Депривация как процесс и как состояние. Виды деприваций у детей. Отличия депривации от травмы. Виды травматических воздействий в детском возрасте.
16. Характеристика основных факторов, способствующих возникновению первичных дефектов у детей: наследственные (хромосомные aberrации, генные мутации); врожденные (пренатальные, интранатальные, ранние постнатальные); социальные (психотравма, депривация); поздние постнатальные (после 2 – 3-х лет жизни).
17. Показатели основных закономерностей формирования психического дизонтогенеза у детей: функциональная локализация нарушения («фактор места»); временной (хронологический) показатель («фактор времени»);
18. специфика связи первичного и вторичного дефекта; специфика межфункционального взаимодействия в онтогенезе.
19. Основные признаки (симптомы) психического дизонтогенеза. Возрастное нервно-психическое реагирование и его уровни (по В.В.Ковалёву).
20. Роль гетерохронии и асинхронии в нормальном и патологическом системогенезе.
21. Типы асинхронии. Эмоциональная регуляция в детском возрасте и ее нарушения, уровневая модель эмоциональной регуляции. Роль нарушений темперамента.
22. Поведение привязанности, взаимосвязь привязанности с другими сферами развития, нарушения привязанности.
23. Значение анализа специфики связи первичных и вторичных дефектов, а также их клинико-психологической структуры для организации психолого- педагогической коррекции и обучения детей.
24. Соотношение симптомов дизонтогенеза, симптомов психических расстройств и возрастного нервно-психического реагирования (возрастные симптомы) в условиях развития и проявления патологии.
25. Характеристика основных вариантов психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому): нарушение темпа психического развития, дефицит сенсорики и моторики; нарушения развития вследствие органического поражения ЦНС; дисгармоническое развитие психики (асинхрония).

26. Тип психического дизонтогенеза как основа психологической классификации детей с аномалиями развития (аномальных детей).
27. Соотношение классификаций аномальных детей, принятых в педагогике (дефектологии), специальной психологии, детской патопсихологии и детской психиатрии.
28. Рабочая классификация аномальных детей, принятая в дефектологии и коррекционной педагогике (классификация В.А. Лапшина и Б.П. Пузанова).
29. Дальнейшее развитие типологии психического дизонтогенеза В.В.Лебединского: типология, предложенная М.М.Семаго и Н.Я.Семаго, основанная на выделении одного из четырёх психологических синдромов нарушения базовых составляющих психического развития ребёнка.
30. Феноменология недостаточного развития. Соотношение понятий "умственная отсталость", "психическое недоразвитие", «недостаточное развитие», "олигофрения", «деменция», «ЗПР».
31. Клинические варианты недостаточного развития, их феноменология, основные диагностические критерии и дифференцирующие признаки: тотальное недоразвитие, задержанное развитие, парциальная несформированность ВПФ.
32. Олигофрения – медицинский аналог одного из клинических вариантов недостаточного развития. Тотальность и иерархичность психических нарушений при олигофрении (Т.Е. Сухарева).
33. Проблема дифференциальной диагностики олигофрении и органической деменции у детей. Содержание понятия "задержка психического развития", его принципиальное отличие от тотального недоразвития и парциальной недостаточности ВПФ. Основные формы и варианты ЗПР (Л.С. Певзнер, Т.А. Власова; К.С. Лебединская; М.М.Семаго, Н.Я.Семаго).
34. Клинико-психологическая структура вариантов ЗПР. Парциальность дефекта при ЗПР.
35. Проблема психологической диагностики ЗПР. ЗПР и проблема школьной неуспеваемости.
36. Принципы психолого-педагогической коррекции.
37. Парциальная несформированность ВПФ как клинический вариант недостаточного развития, его принципиальное отличие от ЗПР и тотального недоразвития. Критерии дифференциальной диагностики.
38. Особое значение нейропсихологической диагностики для данного варианта дизонтогенеза. Общие принципы диагностики и коррекции.
39. Феноменология асинхронного развития. Клинические варианты асинхронного развития, их феноменология, основные диагностические критерии и дифференцирующие признаки: дисгармоническое развитие, искажённое развитие.
40. Признаки раннего детского аутизма (Л. Каннер),

41. Детский аутизм как проявление искажённого психического развития. Характеристика факторов возникновения аутизма у детей. Аутизм как показатель развития психических расстройств (шизофрения).
42. Дисгармоническое развитие как специфическая асинхрония аффективно-личностной сферы.
43. Дисгармоническое развитие и проблема формирования поведенческих расстройств. Особенности когнитивной, мотивационно-волевой и личностной сфер при дисгармоническом развитии. Принципы психолого-педагогической коррекции.
44. Феноменология дефицитарного развития. Клинические варианты дефицитарного развития, их феноменология, основные диагностические критерии и дифференцирующие признаки: раннедефицитарное и позднедефицитарное развитие.
45. Нарушение анализаторных систем (первичные моторика и сенсорика) как основной этиологический признак дефицитарности развития.
46. Нарушения моторики у детей при разных типах психического дизонтогенеза. Неразрывная связь развития двигательной и психической сферы у детей.
47. Понятие "двигательный анализатор" (Н.А. Берпштейн, П.К. Анохин, А.Р. Лурия).
48. Характеристика основных форм нарушения развития двигательной сферы у детей.
49. Особенности когнитивной, мотивационно-волевой и личностной сфер у детей с нарушениями слуха, зрения и моторики.
50. Развитие сложных вторичных нарушений (дефектов) у таких детей. Компенсаторные и гиперкомпенсаторные механизмы.
51. Общие принципы диагностики и коррекции.
52. Феноменология повреждённого развития. Диффузно-повреждённый и локально-повреждённый типы развития.
53. Диффузно-повреждённый тип развития и его значение для этиопатогенеза и клиники органической деменции у детей.
54. Основные положения и понятия психопатологии детского возраста в контексте проблемы психического дизонтогенеза.
55. Классификация психических расстройств детского и подросткового возраста. Феноменология некоторых психопатологических синдромов, характерных для детского и подросткового возраста.
56. Психогенные реакции в детском возрасте. Феноменология психосоматические нарушения и расстройства в контексте проблемы психического дизонтогенеза у детей. Депрессии в подростковом возрасте.
57. Роль неблагоприятных условий воспитания и окружения в формировании
58. психопатической личности, патохарактерологическое развития личности.
59. Дизонтогенетические нарушения в клинике психических и соматических расстройств у детей.

60. Психическое недоразвитие на примере олигофрении. Поврежденное психическое развитие на примере органической деменции, эпилептическая деменция у детей.
61. Искаженное психическое развитие на примере раннего детского аутизма, особенности развития при ранней детской шизофрении.
62. 61. Дисгармоническое психическое развитие: проблемы формирования психопатии в детском и подростковом возрасте.
63. Задержанное психическое развитие в условиях соматических и невротических расстройств у детей.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Теоретического анализа структуры различных аномалий развития.
- Выделения первичных и вторичных нарушений в структуре дизонтогенеза.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста, их родственниками, медицинским персоналом.

**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»
Для специальности 030302.65 – «Клиническая психология»**

Студенту предлагается выбрать по 1 вопросу из двух конвертов и ситуационную задачу из 3-го конверта.

Выбор:

Психология аномального развития в клинике психических и соматических расстройств у детей. Вклад отечественных и зарубежных психиатров и педиатров в разработку проблем психологии и психопатологии аномального развития.

Дисгармоническое развитие и проблема формирования поведенческих расстройств. Особенности когнитивной, мотивационно-волевой и личностной сфер при дисгармоническом развитии. Принципы психолого-педагогической коррекции.

Задача 1.

Оля С., 8 лет. Ученица 1-го класса. Обратилась мама. Девочка в течение 2 месяцев перенесла операцию аппендицита и пневмонию, долго находилась в больнице. В настоящее время осталась температура на уровне 37,1 —37,3 °С. Мать беспокоит то, что девочка утратила интерес к учебе, охотно слушает сказки для более младшего возраста, играет в куклы. Попытки заставить ее «догонять» учебную программу безуспешны: Оля плачет, раздражается. Раньше (до начала болезней) успеваемость была хорошей, интерес к учебе сформирован, девочка готовилась к урокам самостоятельно.

При патопсихологическом обследовании ярко выражены черты «детскости» в поведении, быстрая истощаемость по гипостеническому типу. Уровень интеллекта соответствует возрастной норме. Круг интересов в данный момент соответствует шести годам. Выражена эмоциональная лабильность.

Вопросы:

1. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у ребёнка?
2. Укажите возможный вариант нарушения психического развития по МКБ-10.
3. Требуется ли помощь смежного специалиста (психиатра, невропатолога, дефектолога, соц. педагога и др.)?
4. Каковы стратегия и тактика коррекции и прогноз развития ребёнка в целом?
5. В какой форме и в каком типе образовательного учреждения возможно обучение ребёнка?

«ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Больной В., 45 лет, в течении 6 лет ходит к разным врачам разных специальностей в разных лечебных учреждениях, но не чувствует облегчения после проводимого лечения. Инструментальные обследования выявляют незначительные отклонения в сердечно – сосудистой системе, которые трактуются как возрастные изменения. Предъявляет необычные жалобы: Кровь не поступает в прямую кишку в результате чего мозг не получает питательных веществ. Испытывает ощущение, что мерзнет поверхность мозга и возникает головная боль в виде выпуклого кверху треугольника. Головные боли по типу сетки — болит по периметру ячеек, а в середине их — нет...

Вопросы:

1. Определите, какое расстройство отмечается у пациента?
2. Что в переводе означает слово «сенестопатия»?
3. Что такое сенестопатии?
4. При каких заболеваниях отмечаются сенестопатии?
5. Назовите главные отличительные признаки сенестопатии?

Задача 2

Больная в течение 4-х лет предъявляет стойкие жалобы на тошноту, рвоту, боли в конечностях трудности при глотании, одышку, не связанную с нагрузкой. Постоянно страдает из-за этого. Многочисленные консультации и обследования не помогают установить определенный диагноз. Категорически отказывается согласиться с мнением врачей, что она здорова.

Вопросы:

1. Какое расстройство отмечается у больной?
2. Какое течение заболевания отмечается у больной?
3. Какие критериями диагностики приведены в описании?
4. Данное расстройство чаще встречается у мужчин или у женщин?
5. От каких заболеваний следует дифференцировать соматизированное расстройство?

Задача 3

Больная К., 47 лет, Поступила в онкоцентр с жалобами на неприятные непереносимые ощущения в брюшной полости, связанные по мнению больной с прогрессирующим онкологическим заболеванием. Предварительный диагноз – рак тела матки.

При объективном обследовании никаких патологических изменений не выявлено. Отмечается анатомический вариант расположения брюшной аорты близко от брюшной стенки. Прощупав пульсацию аорты, больная решила что это метастатическое поражение каких – то сосудов. Возник страх разрыва сосудов, сопровождавшийся появлением непереносимых болезненных ощущений в области живота.

Вопрос:

1. Данное расстройство является функциональным?
2. Как именуется данный феномен в психологии телесности?
3. Какой смысл болезни отмечается у больной?
4. Изучение какого раздела психологии телесности позволяет квалифицировать имеющееся расстройство?
5. Как может быть идентифицировано данное расстройство?

Задача 4

Больная Т.А., 35лет, постоянно озабочена возможностью заболевания раком легких. Она постоянно предъявляют жалобы или проявляют озабоченность своим физическим состоянием. Периодический кашель или одышка после физической нагрузки интерпретируются больной как аномальные и неприятные. При этом внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма (чаще всего - на сердце, ЖКТ, половых органах, головном мозге). Не очень уверена , что у неё рак легких. Раньше считала, что у неё рак печени, но после обследований и нескольких консультаций согласилась, что рака легких нет. Через две недели стала беспокоиться из- за состояния легких: кашель, одышка. Многочисленные обследования не подтверждают диагноз «рак легких и не выявляют какого-либо хронического заболевания легких. В детстве была мнительным, тревожным ребенком. Мама болела туберкулезом легких.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы можете поставить данной пациентке?
2. Что в переводе означает слово «ипохондрия»?
3. При каких заболеваниях отмечаются ипохондрические расстройства?
4. Назовите главные отличительные признаки ипохондриии?
5. Что такое «ипохондриа»?

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Ведущие понятия психология телесности(телесность, психология телесности, внутреннее телесное ощущение, внутреннее телесное восприятие ,внутреннее тело).
2. Принципы объективизма в исследованиях интрацепции.

3. Телесные феномены как объект психиатрического обследования.
4. Понимание интрацепции в концепциях «внутренней картины болезни».
5. Этапы первичного и вторичного означения в динамике формирования внутренней картины болезни.
6. Семиотическое опосредование интрацептивных ощущений на модели медицинского ритуала.
7. Классические и современные мифы болезни и здоровья.
8. Методологические трудности и ограничения объективистской интерпретации интрацептивного восприятия.
9. Активность субъекта в телесном восприятии.
10. Проблема происхождения категорий.
11. «Первовидение» в интрацептивном восприятии. Образ тела и телесное восприятие.
12. Проблема верификации интрацептивного восприятия.
13. Проблема объективизации телесности.
14. Граница «Я» или «зонд» сознания.
15. Феномен тела.
16. «Отчуждение как деструкция топологии субъекта.
17. Проблема «истинного» субъекта. Фантом реальности.
18. Присвоение против отчуждения.
19. Коммуникативные формы объективизации телесности.
20. Конверсия как патология «культурного» тела.
21. Сексуальное «культурное» тело.
22. Формирование человеческой сексуальности.
23. «Культурная» патология эротического тела.
24. Семиотика и знак. Семиотический подход Р. Барта.
25. Вторичное означение телесных ощущений.
26. Влияние вторичного означения на интрацептивные ощущения.
27. Проблема влияния смысла на перцепцию
28. Психоаналитические решения смыслового опосредования телесности.
29. Герменевтический подход.
30. Концепция «личностного смысла»
31. Смысл телесного ощущения
32. Преградный смысл болезни
33. Позитивный смысл болезни
34. Конфликтный смысл болезни.
35. Смысловые образования как проблема опосредования телесности.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Практической психологической коррекции телесных расстройств.
- Использования и интерпретации психодиагностических методик.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами психосоматического профиля, их родственниками, медицинским персоналом.

ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студенту предлагается выбрать по 1 вопросу из двух конвертов и ситуационную задачу из 3-го конверта.

Выбор:

1. Понимание интрацепции в концепциях «внутренней картины болезни».
2. Концепция «личностного смысла»

Задача 2

Больная в течение 4-х лет предъявляет стойкие жалобы на тошноту, рвоту, боли в конечностях трудности при глотании, одышку, не связанную с нагрузкой. Постоянно страдает из-за этого. Многочисленные консультации и обследования не помогают установить определенный диагноз. Категорически отказывается согласиться с мнением врачей, что она здорова.

Вопросы:

6. Какое расстройство отмечается у больной?
7. Какое течение заболевания отмечается у больной?
8. Какие критериями диагностики приведены в описании?
9. Данное расстройство чаще встречается у мужчин или у женщин?
10. От каких заболеваний следует дифференцировать соматизированное расстройство?

«УЧЕНИЕ О НЕВРОЗАХ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЧЕНИЕ О НЕВРОЗАХ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Больная 22 года, физик, астеничного телосложения, боявшаяся вида крови, впечатлительная. При сильном эмоциональном напряжении, вызванном различными обстоятельствами наступала рвота. Больная окончила университет с отличием. На протяжении 5 лет учебы перед каждым экзаменом сильно волновалась наступала рвота. Больная стеснялась этого, скрывала заболевание от сокурсников преподавателей. Рвота однажды наступила в связи с аффектом радости, когда она читала письмо от своего жениха, которого ждала. Несколько раз возникала рвота при сильном волнении.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм неврозогенеза и тип невротического конфликта имеет место?
4. Укажите основные объекты (сферы) психодиагностики.
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 2

Больная 24 года обратилась с жалобами на сердцебиение, ощущение перебоев, постоянные колющие боли в области сердца, общую слабость, раздражительность, эмоциональную лабильность, временами чувство тревоги, подавленное настроение. Заболевание возникло после длительной психической травматизации. Последний год тяжело болела мать, она за ней ухаживала, волновалась, уставала. В это же время ухудшились отношения с мужем, они развелись.

По характеру общительная, эмоционально-лабильная. АД - немного повышено. ЭКГ - норма, x-Ray - норма, анализ крови - норма. Неврологический статус - легкий тремор пальцев рук, гипергидроз.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм неврозогенеза и тип невротического конфликта имеет место?
4. Укажите основные объекты (сферы) психодиагностики.

5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 3

Молодая женщина 35 лет перенесла грипп. Ее проконсультировал известный врач, к которому она до того неоднократно обращалась на протяжении последних 2-х лет. Консультации проводились по поводу иногда возникавшей декомпенсации порока сердца. Профессор не нашел у нее никаких признаков сердечной недостаточности и рекомендовал ей встать с постели и ходить. Уходя, он шутя сказал несколько назойливой боязливой и мнительной пациентке "Вам нечего бояться по поводу вашего сердца, раньше меня вы все равно не умрете или если умрем, так вместе". На следующий день он внезапно скончался. Больная пришла в ужас. Говорила, что она теперь тоже умрет.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?
4. Укажите основные объекты (сферы) психодиагностики.
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 4

«Когда я сижу спокойно или пытаюсь читать - рассказывает больная - помимо мой воли мне лезут в голову мысли о том как будет лететь женщина, если она выпрыгнет из окна верхнего этажа. Я вынуждена представлять себе как колоколом раздувается платье и видны панталоны, как она держит руки во время полета, поворачивается в воздухе... Я хотела бы об этом не думать, Я понимаю абсурдность размышлений на эту тему. Я хочу избавиться от этих мыслей, но помимо воли они лезут ко мне в голову»

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?
4. Укажите основные объекты (сферы) психодиагностики.
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 5

Больной боится прикосновений к нему посторонних лиц и попадания грязи на свою одежду. Неделями он не выходит из дома, охваченный страхом, что к нему кто-нибудь случайно прикоснется. В течение 5 мес. Лежал в больнице, никого не подпуская к себе, часами стряхивая мнимую пыль со своей одежды и постели. Временами его охватывал ужас даже при одной мысли, что к нему может кто-нибудь прикоснуться. Из-за страха заражения и сложных процедур умывания, встряхивания одежды, защиты от прикосновения его жизнь и жизнь его близких превратилась в пытку.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?
4. Укажите основные объекты (сферы) психодиагностики.
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЧЕНИЕ О НЕВРОЗАХ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Феномен невроза как явление психической жизни и как психическое расстройство непсихотического уровня. Невроз, невротическое расстройство, невротическое состояние.
2. Понятие о психологической защите личности. Основные механизмы психологической защиты и феномен фрустрации. Конструктивные и невротические механизмы психологической защиты.
3. Неврология как современное научное направление на стыке психиатрии и клинической психологии. Невротогенез как предмет неврологии.
4. Психическая травма как клинико-психологический феномен и фактор этиопатогенеза невроза. Общая характеристика основных психотравмирующих факторов (Г.К.Ушаков, В.Н.Мясищев, Ф.Е.Василюк, Н.Пажескян и др.).
5. Преморбидные психологические особенности и их значение в этиопатогенезе невроза.
6. Невроз и невротический конфликт. Общая характеристика основных невротических конфликтов и их значение для этиопатогенеза невроза. (В.Н.Мясищев, Б.Д.Карвасарский и др.).

7. Психоанализ З.Фрейда как базовая теория невротогенеза: основные понятия и положения, механизм невротического конфликта.
8. Общая характеристика концепции невротогенеза в теории личности А.Адлера
9. Общая характеристика концепции невротогенеза в теории личности К.Юнга.
10. Общая характеристика концепции невротогенеза в теории личности К.Хорни.
11. Общая характеристика концепции невротогенеза в теории личности В.Франкла.
12. Концепция невротогенеза и принципы психотерапии в классическом и современном бихевиоризме.
13. Концепция невротогенеза и принципы психотерапии в когнитивной психологии.
14. Концепция невротогенеза и принципы терапии неврозов в гештальттерапии.
15. Концепция невротогенеза и принципы терапии неврозов в телесно-ориентированной психотерапии.
16. Концепция невротогенеза в учении И.П.Павлова и принципы терапии неврозов в гипносуггестотерапии.
17. Концепция невротогенеза и принципы терапии неврозов в отечественной психологии и медицине (В.Н.Мясищев, Б.Д.Карвасарский, Г.К.Ушаков и др.).
18. Общая характеристика информационного и антиципационного подходов к невротогенезу и принципам психотерапии в современной отечественной клинической психологии и медицине (В.Д.Менделевич, М.М.Хананашвили, А.М.Свядош и др.).
19. Клинические проявления (семиотика) невротических расстройств, отражённых в МКБ-10. Соотношение международной и традиционной (отечественной) классификации неврозов.
20. Общее представление о феномене диссоциации и его роли в невротогенезе. Невротическая триада К.Яспера.
21. Феноменология основных невротических расстройств: тревожно-фобические расстройства (F 40), тревожные расстройства (F 41) – невроз страха.
22. Феноменология основных невротических расстройств: обсессивно-компульсивные расстройства (F 42) – невроз навязчивых состояний.
23. Феноменология основных невротических расстройств: диссоциативные (конверсионные) расстройства (F 44) – истерический невроз.
24. Феноменология основных невротических расстройств: неврастения (F 48.0).
25. Патопсихология невротических расстройств. Общее представление о невротическом патопсихологическом симптомокомплексе. Клинико-психологические признаки дифференциации невротических, личностных и психотических расстройств.

26. Неврозы в детском и подростковом возрасте: специфика этиопатогенеза , клинической феноменологии и терапии.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЧЕНИЕ О НЕВРОЗАХ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Практического применения методов психологической диагностики.
- Практической психологической коррекции больных.
- Использования и интерпретации психологических методик.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с невротическими расстройствами, их родственниками, медицинским персоналом.

**ПРИМЕР
ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УЧЕНИЕ О НЕВРОЗАХ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студенту предлагается выбрать по 1 вопросу из двух конвертов и ситуационную задачу из 3-го конверта.

Выбор:

1)Общая характеристика концепции невротогенеза в теории личности А.Адлера.

2)Патопсихология невротических расстройств. Общее представление о невротическом патопсихологическом симптомокомплексе. Клинико-психологические признаки дифференциации невротических, личностных и психотических расстройств.

Задача 2

Больная 24 года обратилась с жалобами на сердцебиение, ощущение перебоев, постоянные колющие боли в области сердца, общую слабость, раздражительность, эмоциональную лабильность, временами чувство тревоги, подавленное настроение. Заболевание возникло после длительной психической травматизации. Последний год тяжело болела

мать, она за ней ухаживала, волновалась, уставала. В это же время ухудшились отношения с мужем, они развелись.

По характеру общительная, эмоционально-лабильная. АД - немного повышено. ЭКГ - норма, x-Ray - норма, анализ крови - норма. Неврологический статус - легкий тремор пальцев рук, гипергидроз.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?
4. Укажите основные объекты (сферы) психодиагностики.
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

«МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Мотивационное консультирование, сущность.
2. Мишени применения, теоретические основания
3. Ключевые положения ведения мотивационного интервью
4. Основные мотивационные стратегии
5. Пять признаков мотивационного интервью
6. Безусловное принятие.
7. Конструктивная конфронтация.
8. Эмпатия.
9. Рефлексивное слушание.
10. Повышение самоэффективности.
11. Достижение сотрудничества.
12. Пути изменений поведения. Компоненты процесса изменений.
13. Стадии изменений.
14. OARS – «Весла».
15. Элементы эффективного мотивационного консультирования
16. FRAMES (каркас) подход.
17. Использование техники «Баланс принятия решений».
18. Этапы разрешения проблемы.
19. Типы сопротивления клиента.
20. Факторы сопротивления. Конкретные стратегии преодоления сопротивления

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- формулирования проблемы
- безусловного принятия
- конструктивной конфронтации
- обеспечения обратной связи
- выражения эмпатии через рефлексивное слушание
- рефлексии сопротивления
- повышения самоэффективности и оптимизма
- повышения степени осознания клиентом проблемы
- предоставления образовательной информации по поводу здоровья
- навык помощи клиенту принятия решения в форме свободной от конфронтации
- оценки степени желания изменения и имеющихся препятствий

- утилизации амбивалентности
- баланса принятия решений
- владение моделью краткосрочной интервенции «FRAMES»
- техничеcки приемом «Весла»
- преодоления сопротивления
- Психологически грамотной коммуникации со здоровыми людьми, пациентами различного профиля, их родственниками, медицинским персоналом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациент Б. 57 лет. В беседе формален. Фон настроения снижен. В начале скован, напряжен, в последующем адаптируется к ситуации, держится свободно. Интересы к консультации не проявляет.

Со слов пациента, поступил в больницу с «белой горячкой» - очень «боится вернуться к этому состоянию», со страхом реагирует на воспоминания о произошедшем. Лечиться по поводу алкогольной зависимости решил сам («надоело мучаться»). Родственники поощряют его желание, оказывают поддержку. Сообщил что, хочет бросить пить, так как здоровье и возраст «уже не те», но при этом считает, что когда употребляет алкоголь у него «развязывается язык» - он не чувствует себя «зажатым», ему «комфортно», пациенту нравится состояние, когда он трезвый, но сразу же вспоминаются «личные проблемы», «жизненные трудности». В некоторых высказываниях отмечается противоречивость – «Когда выпью не хочется кушать – нужно бросать пить, а то организм совсем отравлен», но при этом отмечает и то, что «можно 50 гр. выпивать перед едой для аппетита».

Ситуации фрустрации сопровождаются чувством тоски, отчаянья, безнадежности, например, «когда не мог устроиться на работу». В процессе консультирования удалось прояснить ситуации провоцирующие употребление алкоголя: неурядицы на работе; неумение отказать товарищам в просьбе выпить, пациент считает себя «слабохарактерным человеком».

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациентка Х, женщина, 29 лет. Стационарное лечение проходит в третий раз. Злоупотребляет алкоголем в течение 10 лет. Периоду

алкоголизации предшествовал, эпизод продолжительностью около года употребления героина. Хранение и распространение наркотиков послужили причиной двух судимостей. Росла единственным ребенком в благополучной семье, подавала большие надежды, поступила на юридический факультет университета. Доучившись до 3 курса, обучение бросила, начала работать – «необходимы были деньги для оплаты дальнейшего обучения». В поисках высокого заработка стала реализовывать и употреблять героин. После отбывания наказания изменился круг общения, приобрела «криминальную компанию». Пребывала в депрессии, переживания пыталась преодолеть выпивкой, отмечалась двойственностью стремлений – хотелось «стать человеком», продолжить обучение, но реальный круг общения препятствовал личностному росту. Цели не реализовались, несмотря на поддержку и заботливое отношение родителей, особенно отца, который «всегда поймет и поможет». Праздный образ жизни с систематическим употреблением алкоголя, приводил к длительным запоям. По настоянию родителей проходила курсы стационарного лечения, но длительных ремиссий не наблюдалось. За исключением 1,5 лет трезвости в условиях исключавших употребление алкоголя, лишение свободы при повторной судимости. После освобождения, последующий год до настоящей госпитализации, продолжала запойно употреблять алкоголь и по настоянию родителей при своем пассивном согласии вновь поступила на лечение.

Пациентка активно высказывает желание прекратить употребление алкоголя и «начать новую жизнь», но при этом считает невозможным «оторваться от компании, так называемых «друзей»». Она считает, что из-за зависти они не позволят ей вести трезвую жизнь, и будут активно препятствовать ее трезвости.

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Пациентка Г., женщина 36 лет, поступает в стационарное отделение наркологической больницы во второй раз, предыдущая госпитализация менее года назад. Жизнь пациентки изменилась около 4 лет назад. Состоит в браке, имеет двоих детей подросткового возраста. До болезни была активной жизнерадостной, деятельной, была успешна в профессиональной сфере, работала мастером женской прически,

занимала призовые конкурсные места, стремилась к собственной карьере. На одном из очередных профилактических осмотров у пациентки был обнаружен зуб больших размеров, было произведено оперативное лечение зуба. За короткое время на фоне гипотиреоза и гормональной заместительной терапии возникли серьезные поражения суставов (перемещается с тростью), поражение сердца и значительная прибавка в весе, что особенно травматично для самооценки женщины. Работу пришлось оставить, последние 2 года является инвалидом 2 группы. В течение всего периода болезни пациентку сопровождала депрессия с идеями собственной непривлекательности и малоценности, несмотря на заботливое отношение мужа, возникла сверхценная идея, что она потеряла свою женскую сексуальность и он продолжает жить с ней «из жалости». Прекратила всякие отношения с коллегами и подругами «не хотела, чтобы они меня видели беспомощной и больной», усугубил состояние эпизод, когда подруга заявила «Не удивительно, что муж охладел, ты со своим нытьем всех достала, старый, рваный башмак». Временами, чтобы «успокоиться» принимала без назначения настойку пустырника, в особенно тяжелый период выпила за короткое время около 5 флаконов, испытала безразличие и облегчение. Употребление стало систематическим, своеобразными запоями «разгрузочные периоды» по 4 дня до 10-12 флаконов за сутки. Алкоголь употребляет традиционно - эпизодически, с сохранением полного контроля над употреблением. Выбор необычного способа «разгрузки» связывает с неприятием «алкоголизма», а настойка пустырника «вроде как лекарство». Близкие заметили неадекватное поведение и большое количество пустых флаконов и настояли на первой госпитализации. После лечения эпизоды «разгрузки» повторялись с частотой 1-2 раза в месяц, пациентка, всячески старалась скрыть употребление от близких, но изменения настроения и поведения не остались незамеченными и по настоянию семьи пациентка пассивно согласилась на повторную госпитализацию.

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пациент М., мужчина 39 лет, страдает алкогольной зависимостью в течение 1,5 лет. Около года назад дважды проходил стационарный

курс лечения методом «кодирования», ремиссия около полугода, после чего произошел рецидив, обусловивший последнюю госпитализацию. Состоит в браке, детей нет. Начало алкоголизации связывает с «семейными проблемами». В течение последних 10 лет своей трудовой деятельности пациенту удалось скопить небольшой капитал, с помощью которого он собирался открыть свой бизнес. Жена была категорически против такого вложения денег и «в сговоре» со своим братом, обвинив мужа в том, что он «глупец и простофиля», оказала на него давление и вложила деньги в покупку квартиры. Пациент переживал сильную обиду на жену, собственную малоценность и никчемность, потерю смысла жизни, «руки опустились, я как кактус - растение, слова собственного не имею». Невозможность адекватного преодоления ситуации привела к частым выпивкам в компании друзей. По настоянию жены прошел первый курс терапии, но алкоголизацию не прекратил. С течением времени появились боли в области печени, в трезвом состоянии нарастал уровень тревоги, что являлось поводом для повторного употребления. Тревога была настолько выраженной, что сопровождалась агорафобией, пациент стал избегать большого скопления людей, дважды испытывал эпизоды панического расстройства в метро, в связи, с чем на время прекратил пользоваться подземным транспортом. Однажды «собрал волю в кулак», решил «доказать себе, что он мужчина, а не тряпка», переборов приступ паники, воспользовался метро, после этого не ограничивает выбор транспорта, но периодически испытывает легкую тревогу. Ухудшение соматического и психологического состояния заставила пациента повторно обратиться за помощью. «Кодирование» тяжело воспринимается пациентом, вызывает чувство неполноценности, ущербности, ограничения свободы выбора, под влиянием этих переживаний, желая отстаивать свое право выбора у пациента произошел рецидив.

Вопросы

- 1. В чем сущность мотивационного консультирования?**
- 2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?**
- 3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.**
- 4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?**
- 5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Пациент М., мужчина 36 лет поступает на лечение самостоятельно в период трезвости. В ходе интервью оппозиционно относится к

вопросам, отвечает, как будто защищаясь, часто отвлеченными метафорами с интроекцией на неопределенное окружение «всякий алкоголик не признает, что у него с алкоголем проблемы».

Несмотря на демонстрируемую готовность к сотрудничеству, предъявляемый заказ на терапию касается соматического состояния «вот только бы ноги вылечить». Считает, что способен контролировать прием алкоголя, «только трудно сопротивляться алкашне с района». Из истории жизни пациента известно, что рос в полной семье, имеет старшего брата, который также злоупотребляет алкоголем, отец умер 4 года назад, с матерью отношения открытые, поддерживающие. Работал шеф-поваром в ресторане, тогда и начал чрезмерно употреблять алкоголь «работа тяжелая, алкоголь как допинг, иначе не выдерживал», пил малыми дозами в течение суток «до свинства не напивался, так как умеет пить, надо хорошо закусывать и не будешь мордой в тарелке». Был женат, отношения того периода, до сих пор эмоционально значимы, «злится» и «закрывается» рассказывая о жене, сообщил, что «никого после не любил и уже не полюбит, разочаровался в женщинах», со стороны жены поводом для развода послужило пьянство, когда расстались, у пациента период трезвости был 3 месяца «хотел доказать, что могу не пить, чтобы она вернулась».

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Пациент П., мужчина 60 лет демонстрирует готовность к сотрудничеству. Известно, со слов пациента, что в наркологической больнице впервые. После ультимативного требования жены, сделал самостоятельный выбор на лечение. Предъявляемая проблема с алкоголем заключается в том, что не может контролировать дозу. Причину злоупотребления видит в снижении способности справляться с требованиями социума «на работе требования все растут, а у меня сил нет справляться, для семьи надо много зарабатывать, а я не могу ... нервы сдают». В беседе пациент отметил, что алкоголь (в малых дозах) помогает снимать напряжение, снимает боль в желудке, поднимает настроение, проблемы кажутся не такими неразрешимыми и отступают на второй план, становится «все все равно», позволяет освободиться от работы «или пойти с другими выпить, вроде как при деле, или работать,

больше ничего не остается», «активизирует, приводит в тонус». Но в больших дозах «не могу остановиться, нужен индикатор, чтобы определить, когда хватит» алкоголь дает усталость, сонливость, усиливает боль в желудке, наступает апатия, злость, черствость, пренебрежение чувствами близких, разрушает отношения в семье.

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Пациентка Н., женщина 52 лет. В контакт вступает пассивно, настороженно. Двигательно заторможена, говорит медленно, тщательно обдумывая слова. Сообщила, что в наркологической клинике впервые «из-за выпивки». Госпитализация организована сестрой, но пациентка соглашается с необходимостью лечения.

В переживаниях пациентки на первый план выступает чувство вины «сама во всем виновата, как могла до такого докатиться, как могло это случиться, стыдно, что нахожусь в этой больнице, все от дури и расхлябанности». О характере употребления сообщила, что «просто иду мимо магазина, думаю дай-ка пивка выпью», после чего начинается период неконтролируемого употребления. Из высказываний следует высокая доля ответственности и «жертвенности», «всю жизнь жила для других, это для меня важно». Несколько лет назад у мужа был диагностирован рак, пациентка его «выхаживала», заботилась о нем, «выходила», сейчас состояние мужа стабильное. Пациентка работает, нянчит внука и организует хозяйство «два дома на мне». Считает, что сможет отказаться от употребления, путем ухода в работу «надо еще дополнительную работу поискать, тогда дурь выйдет». Вспоминает, что раньше «написала стихи, ходила в театр, выращивала цветы, ходила на лыжах».

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?

5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Пациент Ф., мужчина 64 лет. Стаж употребления алкоголя более 15 лет, пьет запоями продолжительностью 5-7 дней, со светлыми промежутками не более месяца. Систематический характер алкоголизация приобрела с момента выхода на пенсию.

На первой сессии пациент – эмоционально и вербально выражает не желание вступать в контакт, но дважды терпеливо ждал беседы, не прерывал, хотя установить контакт было достаточно трудно. В начале, контакт носил формальный характер вопрос - краткий ответ «все понимаю, пить вредно, завяжу, помощь не нужна сам справлюсь». Категорически отрицалась возможность полного исключения употребления, пациент считал, что способен контролировать дозу и «знает, сколько надо выпить».

Ситуация изменилась, когда пациент диссоциировал часть своей личности «та которая хочет пить и пьет», установился живой диалог, в котором проявилась способность пациента к положительным эмоциям – радости, нежности и любви к внуку, удовольствию от жизни «начинаешь видеть снежинки, листочки и хочется жить». В ходе диалога пациент отстаивал свои права на жизнь без алкоголя, высказывал негативные стороны употребления и отказывался «так жить».

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Пациент Б., мужчина 45 лет. Консультирование проводилось после медикаментозного купирования делириозного нарушения сознания. Пациент имеет неоднократный опыт лечения зависимости от алкоголя, при этом обращение за помощью осуществляется самостоятельно с поиском различных традиционных и нетрадиционных методов. До последнего времени пациент сохраняет профессиональную продуктивность в качестве успешного бизнесмена. Имеет семью, детей. У пациента отмечается высокий уровень интернального контроля за своим поведением и жизнью в целом, считает, что все события в жизни

зависят на «сто процентов» от него самого. За время злоупотребления пациент выстроил четкий стереотип приема алкоголя, в определенные дни (в конце недели), в определенные часы (не ранее 17 часов), определенная доза (не более 250 мл крепкого вина), определенная территория (выезжает на дачу), определенный алгоритм действий, определенные усилия по преодолению похмелья и договоренность с другом, о госпитализации в случае задержки с возвращением к определенной дате. На каждом этапе пациентом осуществляется жесткий контроль за своими действиями, несмотря на тяжелые соматические и психические осложнения в результате употребления (делирий), пациент убежден, что способен контролировать процесс.

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Пациент М., мужчина 28 лет. с хорошо развитой способностью к интроспекции активно и творчески участвовал в работе. Злоупотребление алкоголем связывает с фрустрирующей ситуацией «крушения надежд». После службы в армии «вынужден» был жениться на женщине, которая сообщила о беременности в позднем сроке. Считает, что с браком «рухнули все планы на будущее», предъявляет к себе высокие требования по содержанию семьи, употребление алкоголя помогает «отвлечься от проблем, необходимости их решения». Отмечает позитивные и негативные стороны употребления - «забываешь о проблемах», избавляет от депрессии, «освобождает голову», освобождает от чувства долга по отношению к семье; мешает самореализоваться, усиливает депрессию, увеличивает проблемы, разрушает семью. У пациента отмечена противоречивость в высказываниях и поведении, например потребность в заботе со стороны родителей и конфликтное поведение с ними, направленное на сепарацию и желание быть «свободным». Пациент может обозначить внешние провоцирующие ситуации на употребление алкоголя, такие как недовольство жены, по поводу выполнения им супружеских обязанностей, особенно в ситуации, когда пациент считает, что усилием воли проявлял заботу о семье, ситуации, когда родители звонят, интересуются делами, воспринимаются пациентом, как, контроль за поведением и лишение возможности самостоятельно делать выбор. Внутренние

провоцирующие переживания – не готовность к ответственной семейной жизни, крушение надежд, одиночество, не возможность реализовывать намеченные раннее планы, сопровождающиеся «кручиной».

В ходе консультирования у пациента повысилась уверенность, что он может влиять на события своей жизни и корректировать планы в соответствии с реальностью. Пациентом осознана необходимость использовать прошлый опыт, даже негативный, вопреки решению «забыть все, что было до больницы».

Пациент самостоятельно делал записи относительно своих переживаний, в которых формулировал жизненные цели и способы их достижения.

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

ПРИМЕР

ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студенту предлагается 2 теоретических вопроса на выбор.

Выбор:

1. Мотивационное консультирование, сущность.
2. Стадии изменений.

В ходе изучения дисциплины каждый студент проводит как минимум 1 сессию с применением мотивационного интервью.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Пациент П., мужчина 60 лет демонстрирует готовность к сотрудничеству. Известно, со слов пациента, что в наркологической больнице впервые. После ультимативного требования жены, сделал самостоятельный выбор на лечение. Предъявляемая проблема с алкоголем заключается в том, что не может контролировать дозу. Причину злоупотребления видит в снижении способности справляться с

требованиями социума «на работе требования все растут, а у меня сил нет справляться, для семьи надо много зарабатывать, а я не могу ... нервы сдают». В беседе пациент отметил, что алкоголь (в малых дозах) помогает снимать напряжение, снимает боль в желудке, поднимает настроение, проблемы кажутся не такими неразрешимыми и отступают на второй план, становится «все все равно», позволяет освободиться от работы «или пойти с другими выпить, вроде как при деле, или работать, больше ничего не остается», «активизирует, приводит в тонус». Но в больших дозах «не могу остановиться, нужен индикатор, чтобы определить, когда хватит» алкоголь дает усталость, сонливость, усиливает боль в желудке, наступает апатия, злоба, черствость, пренебрежение чувствами близких, разрушает отношения в семье.

Вопросы

1. В чем сущность мотивационного консультирования?
2. Какой стиль межличностного взаимодействия предполагает мотивационное консультирование?
3. На какой стадии изменений находится пациент? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие приемы мотивационного консультирования целесообразны на данной стадии?
5. Предложите план дальнейшего сопровождения пациента в рамках мотивационного консультирования.

«ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Понимание здоровья и болезни в клинической психологии.
2. Понимание здоровья и болезни в медицине
3. Этические проблемы понимания нормы и патологии
4. Проблемы типологии нормы в психологии.
5. Здоровье как социально-психологическая проблема
6. Здоровье как философская проблема человеческого существования
7. Социально-психологическая модель здорового и больного человека
8. Критерии психологического здоровья
9. Социальная роль и «стигма» здорового человека
10. Модель психического здоровья Братуся Б.С.
11. Психологическое здоровье в позднем возрасте
12. Психологическое здоровье на этапе зрелости
13. Психологическая характеристика понятия акме
14. Психологические особенности акме на разных этапах зрелости
15. Жизненное самоопределение и здоровье
16. Профессиональное самоутверждение и здоровье
17. Понимание здоровья в валеологии
18. Биопсихосоциальная модель здоровья
19. Понимание здоровья в санологии
20. Психологический аспект понимания здорового образа жизни
21. Психодиагностические приемы исследования лиц без психической патологии в контексте психологического консультирования.
22. Актуальные вопросы профилактики здоровья.
23. Особенности психологического исследования здоровых лиц
24. Особенности психодиагностического заключения лиц без признаков психической патологии.
25. Особенности выбора методик и формулировки задачи психологического консультирования здоровых лиц.
26. Использование формы патопсихологического эксперимента для составления психологического портрета здорового лица.
27. Особенности психологического консультирования здоровых лиц.
28. Психотерапевтические методы в психологии здоровья
29. Особенности профилактики и сохранения здоровья
30. Особенности неспецифической профилактики здоровья по Каплану

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» Студент должен иметь навыки:

- Проведения профилактической работы по формированию зрелого отношения к здоровью, формированию целеобразующего и смыслопорождающего оздоровительного процесса
- Построения консультативной тактики в рамках профилактики и укрепления здоровья
- Описания характеристик и особенностей психической деятельности у лиц без признаков психической патологии
- Постановки дифференциального диагноза в клинической практике
- Психологически корректной коммуникации со здоровыми людьми и пациентами различного профиля, их родственниками, медицинским персоналом
- Организации собственного психологического континуума здоровья
- Сохранения и укрепления собственного индивидуального здоровья
- Планирования долгосрочной индивидуальной программы здорового образа жизни

«МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Системный подход к анализу патологии психики.
2. Место клинической психологии в системе общепсихологических наук
3. Системообразующие понятия клинической психологии
4. Многомерный подход к оценке психического состояния
5. Развитие психологии в естественнонаучной и гуманитарной парадигмах. Общемедицинская парадигма и новые парадигмы в психиатрии.
6. Здоровье и болезнь, как проблема адаптации
7. Проблема измерения в клинической психологии
8. Проблемы сомы и психики.
9. Методологические проблемы оценки эффективности работы клинического психолога.
10. Методологические проблемы психологического воздействия

ПЕРЕЧЕНЬ

ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- Методологического осмысления оценки психического состояния
- Построения научного и клинического исследования в рамках современных парадигм в психологии и медицине
- Методологического анализа
- Методологической интерпретации экспериментальных исследований в клинической психологии
- Методологического анализа достижений и направлений в современной клинической психологии
- Оценки эффективности работы клинического психолога
- Оценки эффективности психологической интервенции

«ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ»

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- оценки и диагностики состояния пациента (клиента);
- критического анализа своих профессиональных и личностных возможностей в работе с каждым случаем эмоционального и поведенческого расстройства;
- овладения принципами и методами в работе с эмоциональными и поведенческими расстройствами у детей;
- обоснованного выбора адекватного психокоррекционного подхода;
- составления обоснованного плана психокоррекции;
- контроля за собственными психическими состояниями и реакциями в процессе психокоррекции;
- анализа эффективности и адекватности проводимой психокоррекции;
- навыки рефлексии, самоанализа, эмпатии, субъективного контроля ситуации, проблем-разрешающего и социально-поддерживающего поведения;
- критического анализа изменений собственного мышления, эмоционального состояния и поведения в процессе психокоррекции;
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста, их родственниками, медицинским персоналом.

ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Составьте примерную коррекционную программу с учётом возрастных особенностей и спецификой эмоционально-поведенческого расстройства предложенного ребёнка:

1. Миша (2г.3 мес.) боится взрослых людей, при разговоре с любым взрослым он закрывает глаза, громко кричит. Дома проявляет активность, бывает агрессивен к маме, может ударить, укусить. Любит играть с машинками.
2. Таня (4г.5 мес.) начала посещать детский сад. В детском саду послушная, выполняет все просьбы и поручения, дома: капризы, упрямство, непослушание.

3. Коля (4г 8 мес.) после развода родителей боится отпускать маму от себя, ночью прибегает к ней в постель, днём громко плачет когда она уходит, бьёт себя по голове.
4. Света (6лет 7 мес.) не остаётся в комнате одна, объясняя присутствием в доме привидений, злых духов, с которыми невозможно справиться.
5. Серёжа (7 лет) в школе не может усидеть на месте, на уроке ползает между рядами, берёт вещи других учеников, учителя.
6. Марина (8 лет 4 мес.) хорошо учится в школе, дома каждый вечер плачет, что никто её не любит, придумывает страшные рассказы о себе в школе.
7. Лариса (11 лет 3 мес.) дерётся со всеми в классе по любому поводу, если что-то ей не понравилось, кто-то с чем-то не согласен, бьёт кулаком в лицо и убегает.
8. Саша (13 лет) говорит родителям, что уходит в школу, а сам сидит в подъезде, на улице или ходит по магазинам. Часто жалуется на скуку в школе.
9. Люба (13 лет, 5 мес.) при посещении магазина самообслуживания не может уйти без какой-то украденной мелкой вещицы. Её пугает перспектива наказания, но остановиться самой не хватает сил.
10. Вова (14 лет, 8 мес.) не хочет ходить в школу, ничего не интересно, может целыми днями лежать, отказывается помогать родителям.

«ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Что такое факторы риска употребления психоактивных веществ? Перечислите их.
2. Что такое факторы защиты (протективные факторы) от употребления психоактивных веществ? Перечислите их.
3. Какие Вы знаете факторы риска формирования наркомании в подростковом возрасте?
4. Перечислите концепции риска приобщения к употреблению наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. В чем их суть?
5. Какие Вы знаете этиологические концепции аддикции?
6. Какие основные биологические механизмы принимают участие в формировании алкогольной и наркотической зависимости?
7. Какие основные психологические механизмы принимают участие в формировании зависимости от наркотиков и алкоголя?
8. Расскажите о функциональной, дисфункциональной и псевдофункциональной моделях копинг-поведения?
9. Какова роль Я-концепции в формировании зависимости от алкоголя и наркотиков?
10. Каково влияние субъективного контроля на формирование зависимости от наркотиков и алкоголя?
11. Расскажите о когнитивном компоненте поведения, ведущего к наркотической зависимости.
12. Расскажите о влиянии коммуникативных личностных ресурсов на формирование зависимого от наркотиков поведения.
13. Расскажите об основных типах психоактивных веществ.
14. Какие психоактивные вещества относятся к легальным?
15. Какие психоактивные вещества относятся к нелегальным? Почему?
16. Какова юридическая и личная ответственность при употреблении легальных и нелегальных психоактивных веществ?
17. Расскажите о немедленном и отсроченном действии алкоголя.
18. Расскажите о немедленном и отсроченном действии никотина.
19. Расскажите о немедленном и отсроченном действии каннабиса.
20. Расскажите о немедленном и отсроченном действии стимулирующих средств.
21. Расскажите о немедленном и отсроченном действии опиоидов.
22. Расскажите о немедленном и отсроченном действии депрессантов.
23. Расскажите о немедленном и отсроченном действии галлюциногенов.

24. Расскажите о немедленном и отсроченном действии летучих ингалянтов.
25. Какие наркотики относятся к синтетическим? Дайте им краткую характеристику.
26. Каковы социальные, психологические, физические и юридические последствия употребления психоактивных веществ?
27. Какие Вы знаете симптомы и синдромы, характеризующие зависимость от алкоголя и наркотиков?
28. Какие Вы знаете стадии развития зависимости от алкоголя?
29. Как происходит формирование зависимости от опиоидов?
30. Каковы признаки зависимости от стимуляторов?
31. Как формируется зависимость от препаратов конопли (гашиша)?
32. Какова клиническая картина злоупотребления психоделическими препаратами типа ЛСД?
33. В чем смысл теории продвижения к здоровью?
34. Расскажите об основных положениях теории мотивации.
35. В чем практическая важность теории жизненных навыков?
36. Каковы суть теории альтернативной наркотикам деятельности?
37. Как может быть использована концепция социальной поддержки в профилактике алкоголизма и наркомании?
38. Расскажите о целях, задачах и методах первичной профилактики алкоголизма и наркомании.
39. На каких теоретических позициях основываются практические составляющие концептуальной программы профилактики зависимости от психоактивных веществ?
40. Расскажите о принципах построения программ первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ.
41. Каковы особенности вторичной профилактики зависимости от алкоголя и наркотиков?
42. Что такое выздоровление от алкогольной и наркотической зависимости?
43. В чем заключается работа с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ?
44. На каких принципах основывается третичная профилактика (реабилитация) наркомании и алкоголизма?
45. Какие Вы знаете стадии выздоровления от зависимости?
46. На каких теоретических позициях основывается профилактика рецидивов наркомании и алкоголизма?
47. Какие практические подходы Вы можете использовать в профилактике рецидивов наркомании и алкоголизма?
48. Что такое «снижение вреда» в проблеме профилактики наркомании и алкоголизма?

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Профилактики зависимостей от психоактивных веществ.
- Практического применения подходов и технологий профилактики рецидивов.
- Психологического тестирования и интервьюирования зависимых от психоактивных веществ.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста и пациентами наркологического профиля, их родственниками, медицинским персоналом, учебно-педагогическим коллективом и руководителями общеобразовательных и специальных заведений..

**ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Каждый студент представляет Программу профилактики и Презентации по программе.

План разработки программы профилактики

- Название программы
- Цели программы
- Задачи
- Структура (программа состоит из Разделов. В 1 разделе... и т.д.)
- Сроки проведения программ
- Для какого возраста и контингента предназначена, Продолжительность одного занятия
- Необходимые условия для проведения программы
- Темы занятий программ
- Требования к ведущим группы
- Требования к помещению, в котором проводится профилактический тренинг

- Требования к помещению, в котором проводится профилактический тренинг
- Основные компоненты работы с детьми и подростками

Примерная структура разработки тем программы

Этапы	Время	Задачи	Средства	Роль ведущего
Приветствие		Обозначить начало занятия, создать особую атмосферу, подчеркнуть безопасность.	Определенные ритуалы.	Обеспечить для каждого участника максимально комфортное вхождение в группу.
Начало работы	5 - 10 мин.	Самоопределение участников (с чем они пришли на группу, как себя сейчас ощущают).	Ритуализированная форма, которая каждый раз наполняется новым содержанием.	Предоставить каждому участнику возможность поделиться своими переживаниями, помочь осознать и принять свои чувства.
Разминка	5 - 10 мин	1.Объединение, сплочение группы. 2.Развитие межличностных связей. 3. Включение в совместную деятельность.	Более или менее подвижные игры с четко определенными правилами.	1. Обозначение правил и границ. 2. Обеспечение безопасности участников.
Работа по теме	30 мин	Задачи соответствуют теме занятия.	Самые разнообразные формы активности (игры, рисование, элементы психодрамы и т.д.).	1. Дать определенную информацию в доступной форме. 2. Предоставить возможность выразить свои чувства. 3. Помочь овладеть новыми навыками, основываясь на полученной информации.
Разминка	10 - 15 мин			
Работа по теме	25 мин			

Завершение занятия	10мин	1. Возможность «выплеснуть» накопившееся напряжение. 2. Завершение работы в позитивном эмоциональном состоянии.	Подвижные и/или релаксационные игры.	Обеспечение безопасности участников.
Прощание		Обозначить конец занятия.	Определенные ритуалы.	Эмоциональная поддержка детей.

«ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Алексей И., 18 лет. Родился от беременности, которая протекала с тяжелым токсикозом. В раннем детстве отставал в развитии, фразовая речь появилась только в 6 лет. По словам матери, "рос дикарем", мешковатым и неловким. С 3 лет любил убежать на помойки, где копался в отбросах и таскал их домой. В 9 лет убежал в пригород, развлекался там разведением костров, лез прямо в огонь, получил тяжелые ожоги. Учился плохо, с трудом окончил 8 классов и бросил школу. Часто меняет места работы — "становится скучно".

С 15 лет стал совершать дальние побеги на юг. Рассказал, что желание убежать возникает у него внезапно — вечером появится, утром уже должен пуститься в бегство, иначе будет "непереносимая скука" и какое-то беспокойство. Делает вид, что собирается на работу, а сам уже готовится убежать. Для поездок крадет деньги у родных. Однажды, когда денег дома не было, по дороге на вокзал продал за бесценок свою любимую вещь — дорогой транзисторный приемник. Убегает всегда один и всегда устремляется на Черноморское побережье Кавказа (в детстве туда летом ездил с родными). В побеге бесцельно слоняется, переезжает с места, на место, заводит случайные знакомства, тут же их обрывает, крадет пищу и мелкие деньги ("ровно столько, чтобы поесть"). Через две-три недели в какой-то день появляется внезапное желание вернуться домой — возвращается самостоятельно или шлет телеграмму родным, чтобы выслали денег на дорогу. О побегах говорит со смущением, оценивает их как что-то ненормальное, просит его лечить. Плохо переносит алкоголь — от малых доз возникает опьянение по амнестическому типу — "что говорю, что делаю, куда иду — потом ничего не помню". Сексуальную жизнь не раскрывает. По словам родных, с девушками не встречается, друзей не имеет.

Вопросы:

1. Какой тип девиантного поведения имеет место в данном случае?
2. Какие наблюдаемые клинические формы девиаций преобладают?
3. Укажите возможный вариант расстройства личности и поведения по МКБ-10.
4. Какие акцентуированные черты личности проявляются в первую очередь?

5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 2

Виктор К., 16 лет. Из непьющей семьи. С детства был хилым (искусственное вскармливание), худеньким, медленно рос. В 7 лет из-за слабого физического развития не взяли в школу. Часто болел ангинами. Воспитание было необычным: нежный, ласковый отец и довольно суровая мать. В младших классах под постоянным контролем отца учился удовлетворительно. Отличался трусливостью, дружил с мальчиком, который его защищал. Боялся воров и бандитов. Когда ему было 11 лет, скоропостижно скончался отец. Не прошло и года, как на его глазах погиб под автомашиной его друг-защитник. Обе смерти пережил довольно легко. С 13 лет резко изменился: не слушал мать, стал грубым, забросил учебу, прогуливал школьные занятия. Сдружился с физически сильным второгодником, тот втянул его в компанию выпивающих подростков. С ними стал охотно и часто пить вино "для веселья" (водку пить избегал).

Раз-два в неделю являлся домой пьяным. Распродал собранную вместе с отцом большую коллекцию марок — все деньги потратил на выпивки с приятелями. Чтобы оторвать от компании, мать отправила его в другой город к деду. Учился там в 8-м классе. Не найдя себе собутыльников в школе, завел знакомства среди уличных подростков, стал выпивать с ними. Возвращенный дедом к матери, "совсем сорвался". Все время стало тянуть на выпивки, искал любую случайную компанию, где можно было бы распить вино. Для опьянения стала требоваться все большая доза спиртного — выпивал уже по бутылке вина в один прием. Исчез рвотный рефлекс при передозировке. Перед госпитализацией последнюю неделю пил ежедневно. Попал в вытрезвитель.

Вопросы:

1. Какой тип девиантного поведения имеет место в данном случае?
2. Какие наблюдаемые клинические формы девиаций преобладают?
3. Укажите возможный вариант расстройства личности и поведения по МКБ-10.
4. Какие акцентуированные черты личности проявляются в первую очередь?
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 3

Александр О., 17 лет, житель одного из сибирских городов. Отец и мать страдают хроническим алкоголизмом, развелись, когда ему было 9

лет. Отец живет один, отличается подозрительностью и замкнутостью. Мать сожительствует с пьяницами, не любит сына, который, по ее мнению, похож характером на отца. Старший брат — любимец матери и миротворец в семье — недавно был призван в армию.

Развитие в первые годы жизни без особенностей. В школе учился вполне удовлетворительно. Когда родители разошлись, стал навещать отца. За это мать, назвав его подонком, выгнала из дому. С 9 до 11 лет жил у отца, тайком встречался со старшим братом, по просьбе которого мать снова взяла его к себе. В дальнейшем несколько раз переходил от матери к отцу и обратно.

В школе был тихим и стеснительным, тяжело отреагировал на реплику одноклассника — «от отца к матери ходишь». Дружил с девочкой, в которую тайно был влюблен. Хорошо рисует — увлекается рисованием портретов. Не курит, вина никогда не пил. После окончания 8 классов пошел работать на завод. Мать стала ругать его за маленький заработок, за то, что грязным приходит с работы, снова прогнала к отцу. Мечтал учиться рисованию. Оставил работу и поехал к тетке в Ленинград с намерением поступить в художественное училище. Был потрясен красотой города, три дня ходил, как зачарованный, по улицам, рассматривал памятники и старинные дома. На четвертый день, придя в училище, увидел комнату приемной комиссии запертой. Из объявления узнал, что срок подачи заявлений истек накануне. Был очень удручен, но постеснялся к кому-либо обращаться с просьбами. Решил остаться у тетки и поступить на работу в Ленинграде. Но его нигде без прописки на работу не брали. Смог устроиться только временно в пригородный совхоз на разборку овощей. Получил письмо от матери с бранью в его адрес: мать назвала его вором за то, что он без спроса взял рубашку старшего брата. Получил также письмо от девочки, которую любил, с вестью о том, что она «дружит с другим», что они больше не встретятся и с просьбой больше ей не писать. Последующие его письма к ней остались без ответа.

Совсем впал в отчаяние, когда получил окончательный отказ в прописке у тетки. В тот вечер ее не было дома. Соседи, справлявшие день рождения своего сына — его ровесника, пригласили его в гости. Впервые в жизни выпил целый стакан портвейна. Вернувшись к себе, «сразу вспомнил все неприятности», охватила тоска, понял, что он — неудачник и жить ему не стоит. На глаза попала бутылка хлорофоса. Выпил все, что в ней было. Оставил записку тетке: «Я никому не нужен!»

Заперся в маленькой комнате и уснул. Вернувшаяся домой тетка обнаружила его без сознания. Около суток был в коматозном состоянии. Из реанимационного центра был доставлен в подростковую психиатрическую клинику. Здесь первые дни был угнетен, замкнут, держался в стороне. Затем обнаружил избирательную общительность, настроение улучшилось, суицидные мысли прошли, сожалел о случившемся.

Воспрянул духом, когда выяснилась возможность устроить его в ПТУ с художественным уклоном.

При неврологическом и соматическом осмотре — без отклонений от нормы. Физическое развитие по возрасту.

Вопросы:

1. Какой тип девиантного поведения имеет место в данном случае?
2. Какие наблюдаемые клинические формы девиаций преобладают?
3. Укажите возможный вариант расстройства личности и поведения по МКБ-10.
4. Какие акцентуированные черты личности проявляются в первую очередь?
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 4

Олег К., 16 лет. Родители в разводе. Отец страдает хроническим алкоголизмом, контакта с семьей не поддерживает. Воспитывался матерью, рос здоровым. В детстве отличался капризностью, но нарушений поведения не было. В школу пошел неохотно, стремился отлынивать от занятий, дублировал 5-й класс. Но, несмотря на прогулы, окончил 8 классов. Поступил в ПТУ, но вскоре бросил ходить на занятия — все время стал проводить в уличных компаниях подростков, часами сидел с приятелями в подъездах, болтал, слушал игру на гитаре, начал выпивать. Домой стал возвращаться поздно. По наущению своих приятелей неоднократно угонял автомашины («покататься») и бросал их где попало. По настоянию матери поступил в подростковую психиатрическую клинику.

В клинике сразу попал под влияние стеничного асоциального подростка. Во время беседы сдержан, старается сказать о себе поменьше. Сознался, что работать ему нигде не хочется. Предпочел бы все время проводить с ребятами, в веселых компаниях. Но раз надо обязательно работать, то ему все равно где и кем, лишь бы недалеко от дома. Неохотно признался, что выпивал, предпочитает вина — «от водки горько во рту». Раз напился до бесчувствия — с тех пор избегает большого количества вина. Несколько раз курил «дурь» в компаниях подростков, но ощущения описывает очень скупо. Подтверждает, что автомашины угонял «для развлечения», чтобы «покатать ребят». Сказал, что «дружит» с одной девочкой, но говорил об этом безразличным тоном. Половую жизнь отрицает. К матери отношение равнодушное. Не навещал ее, когда та лежала в больнице. В асоциальных компаниях быстро и легко осваивается.

Физически развит по возрасту. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Вопросы:

1. Какой тип девиантного поведения имеет место в данном случае?
2. Какие наблюдаемые клинические формы девиаций преобладают?
3. Укажите возможный вариант расстройства личности и поведения по МКБ-10.
4. Какие акцентуированные черты личности проявляются в первую очередь?
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

Задача 5

Юрий К., 18 лет. Отца не знает — тот давно оставил семью. Мать страдает хроническим алкоголизмом, лечилась в психиатрической больнице. Рос и развивался без особенностей. Воспитывался дедом по матери, был под его влиянием послушен, старательно учился, в младших классах был отличником. В возрасте 13 лет лишился деда, умершего от инфаркта. Тяжело переживал его смерть, почувствовал себя одиноким, оказался предоставленным себе. Стал гулять во дворе, выпивать с приятелями, пошел на выпивки легко — «мать всегда пьяна». Запустил учебу, в 9-м классе был оставлен на второй год, бросил школу. Хотел поступить в ПТУ, где учились его товарищи по двору, но не был принят из-за тяжелого астигматизма. В другое ПТУ «к чужим ребятам» идти не захотел. Мать устроила его грузчиком к своей приятельнице — заведующей винным магазином. Оказался в компании пожилых алкоголиков. За разгрузку товара почти ежедневно получал по пол-литра водки. Стал пить все больше и больше. Последние полгода ежедневно выпивал до 700—800 г водки. Исчез рвотный рефлекс при передозировке, появилась потребность опохмеляться по утрам. После интенсивной алкоголизации на праздниках развился алкогольный делирий. Показалось, что старший брат с топором ворвался к нему, чтобы его убить. В страхе бросился в милицию за помощью. Оттуда доставлен в подростковую психиатрическую клинику. После купирования делирия аминазином был послушен, режима не нарушал, участвовал в трудовых процессах, критически оценил перенесенный психоз. Сам изъявил желание лечиться от алкоголизма («мать тоже лечилась — потом долго не пила»).

Вопросы:

1. Какой тип девиантного поведения имеет место в данном случае?
2. Какие наблюдаемые клинические формы девиаций преобладают?
3. Укажите возможный вариант расстройства личности и поведения по МКБ-10.
4. Какие акцентуированные черты личности проявляются в первую очередь?
5. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Психология девиантного поведения как прикладного направления современной психологии. Ее предмет, цели и задачи.
2. Понятие о девиантного поведении. Девиантное поведение и социальные нормы. Уровни регуляции социального поведения.
3. Девиантное поведение и аномальное развитие личности. Социально-психологическая дезадаптация личности.
4. Девиантное поведение как проявление социальной патологии. Характеристика традиционных форм девиантного поведения. Основные виды девиации.
5. Характеристика традиционных форм девиантного поведения.
6. Общая характеристика антисоциального поведения.
7. Общая характеристика аддиктивного поведения.
8. Общая характеристика суицидального (аутодеструктивного) поведения.
9. Общая характеристика некоторых личностных аномалий и связанных с ними форм девиантного поведения.
10. Характеристика основных этапов развития аддиктивного поведения. Уровни аддиктивного поведения.
11. Факторы аддиктивного поведения.
12. Основные виды химической аддикции.
13. Основные виды нехимической аддикции.
14. Пищевая аддикция и ее разновидности..
15. Классификация психоактивных веществ.
16. Характеристика основных психоактивных эффектов. Количественные и качественные изменения психической деятельности.
17. Проблема профилактики и коррекции аддиктивного поведения. Организация соц-психологической реабилитации аддиктов.
18. Общее представление о ценностно-смысловой сфере как ядре личности. Специфика и функции смысловых образований и уровни их организации.
19. Развитие деятельности и ценностно-смысловой сферы личности в условиях нормального и аномального развития.
20. Самосознание и самооценка личности. Основные структурные компоненты самооценки. Самооценка и факторы ее формирования.
21. Психологические механизмы аномального развития личности: аддиктивная модель.
22. Психологические механизмы аномального развития личности: психопатическая модель.
23. Психологические механизмы аномального развития личности: невротическая модель.

24. Соотношение нарушений в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки при невротическом и психопатическом вариантах развития личности.
25. Феноменология основных форм деструктивного отклоняющегося поведения. Конструктивные формы отклоняющегося поведения и их значение.
26. Феноменология аддиктивного поведения. Фармакологические и субстанционные формы аддикции. Основные этапы (периоды) развития аддиктивного поведения.
27. Биологические, социальные (макро- и микро-) и психологические предпосылки развития аддиктивного поведения. Психологические особенности лиц с аддиктивным поведением.
28. Система микросоциальных отношений аддиктивной личности. Зависимые и созависимые.
29. Доклинические и клинические формы алкогольного аддиктивного поведения. Алкоголизм как болезнь. Стадии и формы алкоголизма. Типы алкогольной мотивации.
30. Феноменология основных фармакологических форм аддиктивного поведения (наркомания, токсикомания, табакокурение), их соотношение с алкогольным аддиктивным поведением.
31. Феноменология основных субстанционных форм аддиктивного поведения (сексуальные аддикции, гемблинг и др.).
32. Основные подходы к терапии аддиктивной личности с точки зрения психодинамики алкоголизации. Концептуальные модели лечения. Основные принципы и стадии психотерапии личности с фармакологической формой аддиктивного поведения. Программа «12 шагов» как основа для организации немедицинской модели психотерапии аддиктивной личности.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Практического применения методов психологической диагностики.
- Практической психологической коррекции больных.
- Использования и интерпретации психологических методик.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.

- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с отклоняющимся поведением, их родственниками, медицинским персоналом.

«ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Основные понятия психофармакотерапии.
2. Классификация психотропных средств
3. Анксиолитики и снотворные
4. Антидепрессанты.
5. Нормотимики
6. Нейролептики.
7. Корректоры
8. Ноотропы.
9. Психологические эффекты биологической терапии
10. Психологическое консультирование по вопросам приверженности терапии.

В ходе изучения дисциплины каждый студент проводит, как минимум одну самостоятельную сессию по формированию приверженности терапии. На зачете студент представляет отчет о проведенной сессии с последующей супервизией, представленного случая.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- Психологическое консультирование по приверженности терапии
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами психиатрического и наркологического профиля, их родственниками, медицинским персоналом
- Мотивация на лечение пациентов соматического профиля
- Мотивация на лечение пациентов психиатрического профиля
- Мотивация на лечение пациентов наркологического профиля

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ»

ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Клинико-психологический анализ конкретного случая из экспертной практики. Зачитывается подробная выдержка из акта судебно-психолого-психиатрической экспертизы. Вопросы:

1. каковы индивидуально-психологические особенности подэкспертного лица?
2. каково психическое и психологическое состояние подэкспертного на момент совершения инкриминируемого деяния?
3. представить варианты экспертного вывода (заключения)

ПЕРЕЧЕНЬ

ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- Установления психологического контакта с подэкспертным лицом.
- Распознавания симуляции, диссимуляции и аггравации в судебно-психологической экспертизе.
- Проведения психологического исследования в судебно-психологической экспертизе.
- Выделения патопсихологических симптомокомплексов при различных психических расстройствах.
- Патопсихологического определения степени выраженности психических расстройств.
- Постановки дифференциального диагноза в судебно-психологической экспертизе.
- Проведения различных видов комплексной судебно-психологической экспертизы.
- Психологически грамотной коммуникации с подэкспертными, их родственниками, медицинским персоналом.

«ПСИХОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Больной в попытках назвать предмет многократно произносит одно и то же слово с различными ошибками в буквах. Ему показывают лимон и просят назвать, больной говорит: «дنون –молоно- ноло»

Вопросы:

1. Как называется описанное нарушение речи?
2. В чем состоит главное нарушение?
3. Где локализовано повреждение?
4. Какова центральная задача восстановления?
5. Методы обучения?

Задача 2

Больной пытается назвать предмет путем перебора наименований из этого же семантического поля. Ему показывают лимон и просят назвать, больной говорит: «это не апельсин – нет, это не яблоко – это кислое»

Вопросы:

1. Как называется описанное нарушение речи?
2. В чем состоит главное нарушение?
3. Где локализовано повреждение?
4. Какова центральная задача восстановления?
5. Методы обучения?

Задача 3

Больной считает, что 98 больше 103, не может разложить число 15 на составляющие его числа

Вопросы:

1. Как называется описанное нарушение счета?
2. В чем состоит главное нарушение?
3. Где локализовано повреждение?
4. Какова центральная задача восстановления?
5. Каковы методы обучения?

Задача 4

Больной не понимает конструкции «брат отца», «метро под землей»

Вопросы:

1. Как называется описанное нарушение речи?
2. В чем состоит главное нарушение?
3. Где локализовано повреждение?

4. Какова центральная задача восстановления?
5. Каковы методы обучения?

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ,
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И
ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

1. Современное представление о строении и нарушении ВПФ.
2. Учение о функциональных системах: их строение, характеристики и роль в нейропсихологии
3. Учение о локализации ВПФ в головном мозге - история и современные представления
4. Понятия фактора, синдрома и симптома
5. Синдромный анализ дефекта
6. Общий анализ трех функциональных блоков головного мозга
7. Первичные зоны коры больших полушарий мозга и их функции
8. Вторичные поля и их функции
9. Третичные поля и их функции
10. Первый функциональный блок мозга его расположение, строение и функции
11. Второй функциональный блок мозга: его расположение, строение и функции. Законы второго блока.
12. Третий функциональный блок мозга его расположение, строение и функции
13. Современное представление о о природе речи в психологии.
14. Психологическая структура речи
15. Л.С.Выготский и А.Н.Леонтьев о значении и смысле слова
16. Функции речи
17. Определение афазии и общая характеристика афазии.
18. Механизмы и центральные дефекты эфферентной, афферентной и динамической форм афазии
19. Механизмы и центральные дефекты семантической, и амнестической форм афазии
20. Нарушения личности при афазии.
21. Механизмы и центральные дефекты сенсорной, и акустико-мнестической форм афазии
22. Пути восстановления ВПФ (снятие дишиза, викариат, перестройка функциональных систем, медикаментозные средства, спонтанное восстановление).
23. Нейропсихологическая реабилитация: цели, задачи, содержание.
24. Методы реабилитации.
25. Этапы реабилитации
26. Реабилитационная программа

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И
ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- Практического применения методов нейропсихологической диагностики.
- Практической нейропсихологической реабилитации больных.
- Использования и интерпретации нейропсихологических методик.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с поражением высших психических функций, их родственниками, медицинским персоналом.

«СУИЦИДОЛОГИЯ»

Ситуационные задачи ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СУИЦИДОЛОГИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Подросток 12 лет, после отказа родителей пойти ночевать к другу совершает попытку выброситься из окна 10 этажа, зависает на карнизе со словами: «Раз вы меня не понимаете, значит не любите, и никому я не нужен...»

Вопросы:

1. Дайте классификацию суицидального поведения и какая степень риска?
2. Какие факторы риска проявляются в данной ситуации?
3. Какой личностный смысл вкладывается в суицидальное поведение?
4. Какие предупреждающие знаки в данной ситуации показывают предпосылки к формированию суицидального поведения?
5. Какие факторы защиты можно использовать в психотерапии?

Задача 2

Один студент колледжа, воспринимавшийся окружающими как прекрасный спортсмен, чувствовал, что он не соответствует их мнению: «Да, я не плох в спорте, но я не могу добиться большего». После соревнования, где он занял 3 место, резко изменил своё поведение, стал более замкнут, перестал следить за своей внешностью, стал интересоваться литературой и фильмами о смерти.

Вопросы:

1. Дайте классификацию суицидального поведения и какая степень риска?
2. Какие факторы риска проявляются в данной ситуации?
3. Какой личностный смысл вкладывается в суицидальное поведение?
4. Какие предупреждающие знаки в данной ситуации показывают предпосылки к формированию суицидального поведения?
5. Какие факторы защиты можно использовать в психотерапии?

Задача 3

Девушка-подросток (13 лет) потеряла деньги, которые родители ей дали на репетитора за месяц вперёд, пишет прощальную записку и закрывается в ванне. Текст записки: «Простите меня!»

Вопросы:

1. Дайте классификацию суицидального поведения и какая степень риска?
2. Какие факторы риска проявляются в данной ситуации?
3. Какой личностный смысл вкладывается в суицидальное поведение?
4. Какие предупреждающие знаки в данной ситуации показывают предпосылки к формированию суицидального поведения?
5. Какие факторы защиты можно использовать в психотерапии?

Задача 4

Девушка (15 лет) обучалась за границей в частной школе (4 человека в классе), после переезда семьи в г. Москву была зачислена в гимназию, где подвергалась постоянным насмешкам со стороны учащихся. Когда ей родители предложили потерпеть, она им сказала в ответ: «Если бы я умерла, мне не было бы так больно».

Вопросы:

1. Дайте классификацию суицидального поведения и какая степень риска?
2. Какие факторы риска проявляются в данной ситуации?
3. Какой личностный смысл вкладывается в суицидальное поведение?
4. Какие предупреждающие знаки в данной ситуации показывают предпосылки к формированию суицидального поведения?
5. Какие факторы защиты можно использовать в психотерапии?

Задача 5

Мужчина 52 лет живёт с женой и дочерью, которые часто ссорятся друг с другом и с ним. В конфликте с дочерью часто слышит жестокие слова в свой адрес: «Лучше бы ты умер».
После визита к врачу узнаёт о своей болезни (онкозаболевание).

Вопросы:

1. Дайте классификацию суицидального поведения и какая степень риска?
2. Какие факторы риска проявляются в данной ситуации?
3. Какой личностный смысл вкладывается в суицидальное поведение?
4. Какие предупреждающие знаки в данной ситуации показывают предпосылки к формированию суицидального поведения?
5. Какие факторы защиты можно использовать в психотерапии?

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СУИЦИДОЛОГИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- оценки и диагностики состояния пациента (клиента);
- критического анализа своих профессиональных и личностных возможностей в работе с каждым случаем суицида;
- овладения принципами и методами в работе с суицидом;
- обоснованного выбора адекватного психотерапевтического подхода;
- составления обоснованного плана интенсивной психотерапии;
- контроля за собственными психическими состояниями и реакциями в процессе психотерапии;
- анализа эффективности и адекватности проводимой психотерапии;
- навыки рефлексии, самоанализа, эмпатии, аффилиации, субъективного контроля ситуации, проблем-разрешающего и социально-поддерживающего поведения;
- критического анализа изменений собственного мышления, эмоционального состояния и поведения в процессе психотерапии;
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с суицидальным риском, их родственниками, медицинским персоналом.

«ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

Сорокалетний строитель считает, что сослуживцы не любят его и боятся, что кто-нибудь подстроит ему производственную травму – падение с лесов. Эта тревога возникла после ссоры в очереди за обедом, когда пациенту показалось, что коллега хочет пройти без очереди и он его одернул. Пациент стал замечать, что новый враг смеется в компании других и ему казалось, что он является объектом их насмешек. Пациент редко говорит по своей инициативе, сидит напряженно, глаза широко раскрыты и тщательно отслеживает все передвижения в кабинете, пытается понять скрытый смысл вопросов, думает, что его порицают.

Мальчиком был нелюдим, считая, что другие дети объединяются против него, чтобы устроить какую-нибудь подлость. В школе учился плохо, но обвинял в этом учителей в их предвзятом отношении. Он бросил учебу, стал хорошим рабочим, однако считает, что никогда не достигнет высокого положения, пациент считает, что его третируют за вероисповедание, но мало чем может это доказать. Он плохо ладит с начальством и товарищами по работе, не понимает шуток. Лучше всего чувствует себя в ситуациях, когда работает и питается в одиночку.

Пациент холоден с родными, требователен к ним. Он не любит гостей беспокоится, когда в гости уходит жена.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины данного расстройства?

Задача 2

Борис 33 года, высоко одаренный молодой человек, программист. Отправился к врачу с довольно расплывчатыми жалобами соматического характера и общим мрачным взглядом на жизнь. Борис практически не общался с людьми. Он жил один, работал в маленьком офисе самостоятельно. На работе, как правило, он также ни с кем не виделся, если не считать, визитов начальника, который давал ему задания. Обедал в одиночестве, раз в неделю в хорошую погоду ходил погулять в зоопарк.

Всю жизнь Борис сторонился людей, в детстве у него было мало друзей. Он всегда предпочитал компаниям уединенные занятия. В

школе никогда не встречался с девочками. В годы студенчества лишь однажды оказался в женском обществе после спортивного матча. Общался с одним относительно близким другом, главным образом они вместе выпивали, но когда тот переехал в другой город, связь прервалась.

Борис как о само собой разумеющемся рассказывал, что ему трудно завести друзей, он не умеет поддерживать беседу. Он сообщил, что подумывал стать «позитивнее», но стоило ему с кем-нибудь заговорить, как он терялся и был счастлив, когда оставался один.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 3

Пациентка 32 года не замужем, безработная жалуется на странные ощущения. Ее чувство отстраненности стало сильным и неприятным. Она ощущает, что будто следит сама за собой, идущей по жизни, и мир вокруг кажется нереальным. Особенно странные чувства возникают, когда она смотрит в зеркало. На протяжении многих лет больная ощущала в себе способность читать чужие мысли. Той же способностью обладают по ее словам еще несколько человек в ее семье. Она считает, что на нее возложена особая миссия, но не знает в чем она заключается.

Она очень застенчива, часто ощущает, что окружающие, что окружающие обращают на нее особое внимание, а иногда думает, что люди переходят на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с ней.

Пациентка говорит в неопределенной абстрактной манере, часто теряет нить разговора, но ее речь никогда не бывает бессвязной. Выглядит робкой и подозрительной. У нее не галлюцинаций или бреда. Она никогда не лечилась по поводу эмоциональных расстройств. Иногда она находила работу, но бросала ее из-за отсутствия интереса.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 4

22 летняя референт К. причиняла массу хлопот начальнику и сослуживцам. Если за ней не следить постоянно, она была не в состоянии выполнять свою работу. Беспомощная и зависимая с виду, она выдавала бурную реакцию на мелкие события и профессиональные требования, выказывая раздражение и раздражаясь вспышками гнева. Если окружающие требовали от нее того, чего ей не хотелось делать, она жаловалась на физическое недомогание: тошноту или головную боль. Более того, она часто вообще не выходила на работу. Чтобы сгладить ситуацию К. кокетничала и вела себя с мужчинами в требовательной жеманной манере. В конце концов, после нескольких скандальных выходок она была уволена. На первую встречу с психологом она пришла, но последующие визиты проигнорировала.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 5

Бухгалтер 52 года. Гетеросексуальных контактов избегал. С юности демонстрировал гомосексуальное поведение. По словам близкого друга, предлагал ему гомосексуальный контакт. Критически отзывается о женщинах. В общении демонстративно закидывает голову. В общении излишне жестикулирует, демонстративно закидывает голову, когда смеется, рассказывает различные эпизоды, где он выглядит всегда выигрывшно. Малоознакомым людям представляется, что он из старинного польского рода, закончил престижное учебное заведение, неоднократно бывал за рубежом. В малознакомой компании и неподходящих общественных местах порой употребляет скабрзные выражения.

Недавно у него умер друг, с которым он жил вместе два года, Друг делал мелкий ремонт, работу по дому, следил за бытом. и который был, зависим от него в материальном и юридическом отношении. Говорит, что очень переживает по поводу его смерти, однако на похороны не поехал, а когда побывал на могиле, то решил, что похоронили не там где нужно.

Жалуется на одиночество и говорит что «не на ком сорвать зло». Окружающих обвиняет в необязательности. Каждого в отдельности критикует за тот или иной образ жизни или «неправильную жизненную позицию», недостаточную осведомленность или плохую одежду или отношения с другими. Любит рассказывать истории, где ему сделали

комплимент или высоко оценили. Завидует другим по мельчайшим поводам, считая, что у кого-то больше свободного времени, или денег или кто-то живут за счет других. Делая любую бытовую покупку (продукты) вступает в контакт с продавцом, объясняя, зачем ему это нужно и чем это обусловлено.

Со служебными обязанностями справляется хорошо, но считает себя недооцененным начальством. Дружеские отношения осложнены постоянной саморекламой повышенными требованиями и безразличием к их мнению. Последнее время злоупотребляет алкоголем. От консультаций с психологом отказался.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 6

22-летний Ефим появился в клинике по постановлению суда. Он ожидал судебного разбирательства в связи с угоном автомобиля и вооруженным грабежом. Из материалов дела следовало, что он неоднократно попадал под арест, начиная с 9 лет, когда его задержали за вандализм. Из школы исключили за хулиганство и лживость. Он много раз убегал из дома и отсутствовал несколько дней или недель, всегда возвращаясь в «потрепанном» виде. Ни на одной работе он не задерживался, несмотря на то, что его обаятельные манеры позволяли ему с легкостью находить себе место. Однако вскоре он отталкивал от себя своим агрессивным эгоистичным поведением.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 7

Алена 35 лет, библиотекарь, вела сравнительно уединенную жизнь, у нее было мало знакомых и не было близких друзей. С детских лет она боялась, что ее обидят или подвергнут критике, а потому была очень робкой и воздерживалась от установления тесных отношений с окружающими. Как-то раз она направилась на свидание с человеком, с которым познакомилась в библиотеке, они были приглашены на вечеринку.

Когда они прибыли на место она почувствовала себя крайне неудобно, потому что «плохо одета». Она быстро ушла и отказалась от дальнейших встреч со своим знакомым. Этот случай не давал ей покоя на протяжении двух лет

Попав к психотерапевту, она большую часть времени сидела молча и боялась, что ее будут осуждать. Когда Алена прониклась доверием к психотерапевту, она перечислила много случаев из детства, когда бывала «опустошена» отвратительным поведением на людях своего отца-алкоголика. Она старалась сделать все, чтобы ее школьные товарищи ничего не знали о ее домашних проблемах. Защищая себя от неловких ситуаций и критики, Алена ограничила круг друзей.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 8

Катерина 32 лет, мать двоих детей обратилась за помощью по поводу того, что ее бросил муж. Она выглядела крайне встревоженной и обеспокоенной своим будущим, ей хотелось узнать «как быть дальше». Она хотела, чтобы муж вернулся и казалось, что ее не волновала его склонность к рукоприкладству к тому же на тот момент муж был безработным.

Хотя Катерина хорошо зарабатывала, она сомневалась в своей самостоятельности. Она понимала, что «глупо» было зависеть от мужа, которого она сама называла «законченным неудачником». За последние месяцы Катерина несколько раз подавала на развод, но так и не решилась это сделать. Она грозилась мужу уйти, но когда наступало время переходить к действиям «застывала на пороге, чувствуя слабость во всем теле и пустоту в желудке при мысли жить без Федора.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 9

Александр работал диспетчером на железной дороге и находился на своем месте. Был добросовестен, внимателен к любым мелочам. Однако с сослуживцами тесных отношений не поддерживал, те по их словам считали его немного «не в себе». Например, он сильно расстраивался при малейших изменениях в своем обычном расписании (застревал в пробке, или мешали в выполнении графиков и планов).

Александр удовольствий от жизни получал мало и постоянно переживал из-за пустяков. Следовать своим жестким правилам он порой не мог из-за чего у него возникали головные боли.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 10

На беседу пришел врач-психиатр 34 лет. Опоздал на 15 минут. Недавно его уволили их, так как он по словам главврача часто опаздывал на работу и пятиминутки, пропускал приемы, забывал о назначенных встречах, не во время подавал отчеты, отказывался выполнять инструкции и казался незаинтересованным в своей работе. Сам пациент полагал, что если принять во внимание невыносимые условия, в которых ему приходилось трудиться, то он просто замечательно справлялся с делом и считал своего начальника требовательным и назойливым. Тем не менее, признавал, что и с предыдущим начальством у него не складывались взаимоотношения.

Пациент состоит в несчастливом браке. Жалуется на жену, называя ее придирой. Жена в свою очередь жалуется на его необязательность и упрямство. Он отказывается от любых домашних дел и ничего не доводит до конца.

В то же время он общителен, обаятелен. Однако друзей как правило раздражает его нежелание считаться с компанией.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 11

Н. был четвертым ребенком в семье, всегда был напуганным, и «глуповатым» подростком. Его звали «Утенком» за необычную походку вразвалочку. В устах окружающих прозвище носило презрительный и насмешливый оттенок. Он редко играл со своими братьями и сестрами или соседскими детьми. Его дразнили за походку и зато что он боялся озорных сверстников. **Н.** Был первым «козлом отпущения» во дворе и его пугал даже безобидный взгляд, брошенный в его сторону.

Родители были удивлены, когда он показал хорошую успеваемость в первые годы обучения в школе. Однако, примерно в 14 лет его успеваемость снизилась, он отказывался ходить на занятия и жаловался на различные физические боли неопределенного характера. К 15 годам совсем перестал посещать школу, оставаясь дома с двумя младшими братьями. К 17 годам **Н.**, работая в саду все время над чем-то размышлял, иногда разговаривал сам с собой, отказывался садиться за обеденный стол с семьей.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 12

Роман обладал невероятной способностью говорить и лгать так гладко и непосредственно, что ему удавалось убедить даже самых опытных и проницательных людей. За его спиной был целый список преступлений, почти половину жизни он провел в тюрьме. С деньгами обращается небрежно, почти никогда не отдавая долгов. Импульсивен, действует не думая о последствиях, часто ввязывался в драки по малейшим поводам, и любит перемены мест жительства. Его нисколько не беспокоило, если указывали на противоречие в его словах и фактах. Он просто сразу менял тему разговора. Если отказывали в просьбе, он впадал в ярость.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 13

Серафима обратилась за помощью к психотерапевту в надежде, что ей удастся предотвратить распад ее третьего брака. Проблема заключалась в том, что ей «наскучил» ее муж и она стала проявлять все больший интерес к другим мужчинам.

Она пользовалась у мужчин большим успехом, когда была еще подростком. После окончания школы поступила в художественное училище, где встретила сокурсника за которого и вышла замуж. К концу первого года супружества по ее словам они с мужем начали «спать с кем попало» и она не была уверена, что отцом ее дочери был муж. Через несколько месяцев они развелись. Вскоре она вышла замуж за мужчину, который привел их с дочерью в уютный дом, и одарил вниманием и большой любовью. На третий год их брака она увлеклась человеком, с которым она занималась фитнесом. Их связь продолжалась недолго, но за ней последовала череда других коротких романов. Муж принял ее раскаяния и уверения, что подобного не повторится. Но брак был расторгнут, поскольку все повторилось. Через два года Серафима встретила своего нынешнего мужа. В течение трех лет у нее не возникало желания развлечься на стороне. Она получала удовольствие от «заигрывания» с другими мужчинами, но оставалась верной своему мужу, несмотря на то, что он будучи журналистом, уезжал в командировки на месяц-другой. Однако во время последней поездки у нее пробудилась тяга к любовным приключениям и в этот момент она обратилась к психотерапевту.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 14

Степан попал в поле зрения психолога в связи с тем, что его жена настояла на том, чтобы они обратились в семейную консультацию. По ее словам « все в доме должно вращаться вокруг его удобств, настроений и желаний в ущерб остальным». Степан не участвует в жизни семьи за исключением скудного заработка. И жена устала быть его матерью и прислугой. С ним невозможно делиться сокровенным. Степан выглядел любезным и несколько надменным. Он работал в коммерческой фирме художником и с нетерпением ждал выходных, когда он мог посвящать себя серьезной живописи. Он утверждал, что ему необходимо отдавать все свободное время и энергию « реализации своего таланта». Он признался, что не умеет делиться мыслями, чувствами с другими и что

скорее всего ему интереснее быть с самим собой наедине, чем общаться с другими.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 15

Дмитрий был старшим ребенком и единственным сыном в семье с шестью детьми. Мать не позволяла ему чрезмерно напрягаться, и ограничивала его обязанности. В результате он не сумел овладеть многими навыками. Женитьбу устроили родители. Родилось четверо детей. Однажды Дмитрий поехал в Америку навестить своих сестер, за это время в результате пожара погибли все члены его семьи за исключением одного сына. Вернувшись, он работал на швейной фабрике, выполняя несложную работу помощника наладчика, а не квалифицированного работника. Коллеги считали его добрым славным, услужливым малым. Потом он снова женился на женщине материнского типа, которая обеспечивала и заботилась о нем.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 16

Александр работал в банке четыре года. По его словам он, начиная с детства, был застенчивым, робким и тихим мальчиком. Начальник характеризовал Александра как нелюдимого, странноватого человека, исполнявшего свою работу незаметно и эффективно. Обедал он всегда один. Большую часть свободного времени посвящал чтению, просмотру телепередач, и мечтам по обустройству своей квартиры. Он испытал сильный стресс, когда в офисе появились новые сотрудники, подобралась веселая дружная компания. Он хотел, но не решался к ним присоединиться, поскольку «не мог им ничего предложить». Через некоторое время над ним начали подтрунивать. Он начал прогуливать работу, стал допускать неоправданно большое количество ошибок.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?

2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 17

Елена, 35 летняя, одинокая сотрудница пришла с жалобами на депрессию и мыслями о том, что она обязательно станет жертвой автокатастрофы. Последнее время проводила в постели по 15-20 часов в сутки. Она сообщила, что в последние 6 месяцев у нее все возрастает тоска и отсутствие энергии, она также сообщила о ежедневных эпизодах обжорства, когда она поела все, что могла найти. Проблемы с периодическим чревоугодием у нее начались в подростковом возрасте, но в последнее время они участились. Всю жизнь ее мучило чувство опустошенности. У нее было множество коротких, напряженных отношений с мужчинами, но ее вспыльчивый характер приводил к частым ссорам и столкновениям.

Она всегда считала свое детство счастливым и безоблачным, но когда настроение портилось, вспоминала о том, как мать наказывала ее.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Расстройства личности, в гуманистических теориях
2. Расстройства личности, в психодинамических теориях
3. Расстройства личности, в теориях основанных на бихевиоризме.
4. Расстройство личности, суть которой составляет совокупность представлений о самом себе
5. Расстройство личности, суть которой составляет иерархия потребностей
6. Обсессивно-компульсивное личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
7. Зависимое личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.

8. Параноидное личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
9. Нарциссическое личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
10. Асоциальное личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
11. Шизоидное личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
12. Пассивно-агрессивное личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
13. Избегающее личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
14. Истероидное личностное расстройство, признаки, девиации в поведении.
15. Причинные факторы при личностных расстройствах.
16. Условные категории личностных расстройств.
17. Критерии личностных расстройств в МКБ-10 и DSM-IV/
18. Диагностика расстройств личности. Прототипы.
19. Категории личностных расстройств.
20. Коморбидность личностных расстройств с другими расстройствами.
21. Методы диагностики личностных расстройств
22. Подходы к лечению личностных расстройств.
23. Асоциальное личностное расстройство и психопатии.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА»
Для специальности 030302.65 – «Клиническая психология»**

Студент должен иметь навыки:

- Структурной диагностики личностных расстройств.
- Использования и интерпретации психологических тестов в диагностике личностных расстройств.
- Изложения в форме устного или письменного сообщения или доклада основных положений, содержащихся в учебно-методической или специальной научной литературе, а также интерпретации результатов, представленных в сообщении или докладе.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с личностными расстройствами, их родственниками, медицинским персоналом.

«ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОСТИ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОСТИ»

ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Задача 1

У больного отмечается чувство труднопреодолимой тяги к приему алкоголя. За сутки выпивает до 1,5 литров водки. Постоянные попытки контролировать прием алкоголя оказываются безуспешными. После 4-5 дней пьянства отмечается состояние выраженного похмелья. Употребление алкоголя продолжает, несмотря на явные признаки вредных последствий.

Вопросы:

1. К какому классу расстройств по МКБ -10 относится данное расстройство?
2. Какой вид зависимого поведения имеется у больного?
3. Какая стадия зависимости от алкоголя отмечается у больного?
4. О какой стадии зависимости от алкоголя свидетельствует наличие состояния выраженного похмелья?
5. Повышение толерантности к алкоголю является диагностическим признаком только второй стадии?

Задача 2

Больной обратился за консультацией к клиническому психологу. Два дня назад бросил курить по собственному желанию, Жалуется на сильное желание употребить табак, чувство недомогания, слабость, тревогу, Днем не может сосредоточиться на работе, сонливость днем сопровождается бессонницей по ночам. Стал раздражительным, резко усилился кашель утром.

Вопросы:

1. Какой вид зависимого поведения имеется у больного?
2. К какому классу расстройств по МКБ -10 относится данное расстройство?
3. Какая стадия зависимости от никотина отмечается у больного?
4. О какой стадии зависимости от никотина свидетельствует наличие состояния выраженного синдрома отмены?
5. Повышение толерантности к никотину является диагностическим признаком только второй стадии?

Задача 3

Больной обратился к врачу с жалобами на сильное влечение к азартным играм, не поддающееся его контролю. В течение 5 лет регулярно играет в разные виды азартных игр (спортивный тотализатор, игровые автоматы, казино). С работы уволен из-за того, что проиграл в казино 50 тысяч рублей, принадлежащих фирме. Влечение к азартным играм интенсифицируется под влиянием стрессов, прием алкоголя во время азартной игры приводит к потере контроля над игрой и чувства реальной стоимости денег («деньги становятся фантиками для игры»). Жена больного более двух лет не живет с ним из-за того, что влечение к азартным играм доминирует в жизни больного, он потерял интерес к семье, продал за бесценок ювелирные изделия, принадлежащие супруге. Долги составляют 176000 рублей. Значимость редких выигрышей преувеличивает, проигрыши объясняет случайностью, невезением, склонен к нарушению закона ради приобретения денег на игру. Невозможность осуществить запланированную игру вызывает усиление тревоги и депрессивное настроение.

Вопросы:

1. Какой вид зависимого поведения имеется у больного?
2. К какому классу расстройств по МКБ -10 относится данное расстройство?
3. Какие признаки зависимости от азартных игр отмечаются у больного?
4. Какие проявления социальной дезадаптации отмечаются у больного?
5. Чем отличается данный вид зависимости от зависимости психоактивных веществ?

Задача 4

Мама 15 летнего подростка обратилась к наркологу по поводу поведенческих проблем у сына. В течение 8 месяцев фактически не посещает занятия в школе, за компьютером проводит 7-9 часов в сутки, предпочтение отдает компьютерным играм, посещению порнографических сайтов. Личной гигиеной пренебрегает, питается кое-как, часто во время сеанса. Режим сна нарушен, беспокоят головные боли, боли в спине, ухудшилось зрение и снизился аппетит. С одноклассниками межличностных отношений фактически не имеет, предпочитает общаться анонимно в Интернете, изменяя свой реальный возраст, пол и статус. Интернет стал для подростка смыслом жизни. В предвкушении общения с компьютером улучшается настроение, становится более общительным. Препятствия к общению в Интернете вызывают приступы раздражения, озлобленности. За последние 6 месяцев частота сеансов и продолжительность пребывания в Интернете увеличилась в несколько раз. Мысли о посещении сайта,

возможности поиграть на компьютере постоянно преследуют подростка. Интерес к противоположному полу не проявляет.

Вопросы:

1. Какой вид зависимости имеется у подростка?
2. Какие признаки социальной дезадаптации отмечаются у подростка?
3. Какие признаки свидетельствуют о росте толерантности?
4. В чем отличие Интернет – зависимости и зависимости от алкоголя?
5. К какому виду расстройств отнесена Интернет-зависимость в МКБ- 10.

Задача 5

Вследствие нарастания негативных последствий потребления алкоголя больной начал взвешивать недостатки потребления алкоголя на прежнем уровне, а также преимущества и недостатки изменения образа жизни, в том числе снижения потребления или полного отказа от алкоголя. Пациент ощущает двойственное отношение к потреблению спиртных напитков и необходимости изменений.

Вопросы:

1. На какой стадии модели поэтапных изменений находится пациент?
2. Как называется двойственное отношение к потреблению спиртных напитков?
3. Что такое баланс решений?
4. Какой вид психотерапии показан больному?
5. Какова цель мотивационной психотерапии на стадии изменения поведения «размышления»?

Задача 6

Больной с зависимостью от героина поступил на лечение в связи с угрозой развода. В отделении жалуется на нарастающие боли в костях, подавленное настроение, физический и психический дискомфорт, выраженное желание принять героин. Не считает себя больным, считает, что может контролировать употребление наркотиков. К лечению относится формально, пассивно, ответственность за результат лечения возлагает на врача. Режим не нарушает, готов находиться на лечении в отделении столько времени, сколько сочтет целесообразным лечащий врач. Избегает обсуждения вопроса о возможных путях разрешения проблемы наркотизации. Считает бесполезным свое пребывание в больнице и согласен, что не способен контролировать употребление героина.

Вопросы:

1. Какой вид мотивации на лечение имеется у больного?
2. Какие признаки синдрома отмены отмечаются у больного?

3. К какому классу расстройств относится зависимость от героина?
4. Как Вы оцениваете приверженность терапии у данного пациента?
5. Какая стадия зависимости от героина у больного?

Задача 7

Больной с патологическим влечением к азартным играм занимается азартными играми в течение 2х лет, не может контролировать интенсивное влечение к игре, имеет долг в 4000 долларов, возникший в результате игры в казино. В попытке разрешить проблему с долгом, пришел к выводам, что: 1) если бы смог занять у кого-нибудь сумму в 4000 долларов, то смог бы вернуть долг и снова начать играть и выигрывать; 2) заработать быстро 4000 долларов он не сможет, но он может выиграть эти деньги, играя в казино. Постоянно фиксирован на мыслях об азартной игре в казино. Психокоррекционная работа клинического психолога направлена на идентификацию ложных мыслей и установок и их реконструкцию.

Вопросы:

1. К какому классу расстройств по МКБ -10 относится данное расстройство?
2. Какой вид психотерапии применялся при работе с данным пациентом?
3. Чем отличается данный вид зависимости от зависимости от психоактивных веществ?
4. Какие проявления социальной дезадаптации отмечаются у больного?
5. Как какие признаки зависимости от азартных игр отмечаются у больного?

Задача 8

Психотерапевт в процессе работы с больным с зависимостью от алкоголя пытался помочь клиенту продуцировать и осуществлять реалистичные альтернативные стратегии разрешения проблем и поведения в ответ на затруднительные ситуации, сопряженные с высоким риском потребления спиртных напитков. Врач помогал больному определить ситуации высокого риска рецидива, в чем именно заключается его проблема, давал возможность методом мозгового штурма выработать возможности ее разрешения, выбрать лучшую из них, создать реальный план действий, реализовать его, оценить полученные результаты.

Вопросы:

1. Какой вид психотерапии использовал врач в работе с пациентом, зависимым от алкоголя?
2. Какие навыки пытался сформировать психотерапевт у пациента?
3. С какой целью больной обучался определению ситуаций высокого риска рецидива?

4. Какими стратегиями предупреждения рецидива пользовался больной?
5. У кого пытался найти социальную поддержку больной?

Задача 9

Больной с зависимостью от алкоголя в течение 23 месяцев после лечения не употреблял спиртные напитки. За этот период улучшились семейные взаимоотношения, зарекомендовал себя положительно на новой работе, завел новых, не злоупотребляющих алкоголем друзей. 3 месяца назад был уволен по сокращению штатов. Увольнение воспринял как катастрофу, на фоне сниженного настроения в течении двух дней употреблял спиртные напитки. В связи с возможностью трудоустройства на новую работу выпивки прекратил. Неделю назад на фоне подавленного настроения и обострения навязчивого влечения к алкоголю начал выпивать снова, на работу не ходит, самостоятельно прекратить прием алкоголя не может. Во время беседы раздражительный, погружен во внутренние переживания, испытывает чувство вины перед семьей.

Вопросы:

1. В каком состоянии находился пациент последние 2 года?
2. Какие признаки социальной адаптации отмечались у больного в период ремиссии?
3. Чем завершилось состояние ремиссии?
4. Какая стадия зависимости от алкоголя отмечается у больного? Что стало пусковым фактором срыва?
5. Как охарактеризовать настоящее состояние больного?

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОСТИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Определение понятий «зависимость», «психоактивное вещество» и «наркотические средства».
2. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Острая интоксикация. Употребление с вредными последствиями. Синдром зависимости. Злоупотребление психоактивными веществами (по МКБ- 10).
3. Понятие саморазрушающего поведения. Классификация саморазрушающего поведения у подростков.
4. Термины «аддикция», «аддиктивное поведение».
5. Стадии зависимости (начальная, средняя, конечная).

6. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя
7. Критерии острой алкогольной интоксикации, употребление алкоголя с вредными последствиями, синдром зависимости от алкоголя)
8. Синдром зависимости.
9. Синдром отмены.
10. Аддиктивное переедание.
11. Первый вариант зависимости от голодания.
12. Второй вариант зависимости от голодания
13. Патологическая склонность к азартным играм. Этиология. Признаки.
14. Стадии развития гемблинга. Критерии диагностики патологической склонности к азартным играм по МКБ -10.
15. Мотивация злоупотребления алкоголем (по В.Ю.Завьялову).
16. Внешняя и внутренняя мотивация.
17. Роль в семье в лечении зависимости от психоактивных веществ.
18. Стрессы, переживаемые членами семей больных, зависимых от наркотиков или алкоголя.
19. Типы совладания членов семьи с проблемой алкоголизации или наркотизации в семье.
20. Семейная терапия больных с зависимостями.
21. Подход, направленный на оказание поддержки, помощи членам семьи больного. Метод усиления совладающего поведения семьи. Метод участия семьи в программах Аланон.
22. Метод инициации процесса изменения больного , зависимого от алкоголя или наркотиков. Односторонняя семейная терапия. Принуждение к изменению
23. Усиление влияния общества и обучение семьи как метод семейной психотерапии. Подход, основанный на воздействии , разработанном в институте Джонсона.
24. Поведенческая супружеская психотерапия.
25. Поведенческая психотерапия супружеских пар.
26. Когнитивно – поведенческая психотерапия зависимого поведения.
27. КПТ тревожности и гнева. Когнитивное реструктурирование.
28. Тренинг социальных навыков и тренинг разрешения проблем.
29. Самопомощь (взаимопомощь) как форма лечения аддиктивных расстройств.
30. Цели и виды реабилитации в наркологии.
31. Лечение и реабилитация в наркологии, их соотношение в лечебно – реабилитационном процессе.
32. Роль консультантов в процессе реабилитации больных, зависимых от психоактивных веществ.
33. Командный принцип работы в процессе реабилитации больных, зависимых от психоактивных веществ.
34. Влияние особенностей личности, возраста и пола больных на процессе реабилитации.

35. Значение профилактики рецидивов и роль клинического психолога в процессе реабилитации больных, зависимых от психоактивных веществ.
36. Способность контролировать прием психоактивных веществ. Количественный и качественный, интернальный и экстернальный контроль больных, зависимых от психоактивных веществ.
37. Опосредованная психотерапия. Определение, возможные «посредники», варианты проведения.
38. Метод стрессопсихотерапии («кодирование»). Сильные и слабые стороны метода. Цели снятия кода.
39. Плацебо и плацебо – эффект. Определение, формы плацебо и виды плацебо эффекта.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОСТИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- применять на практике основные методы психологической диагностики зависимости;
- обоснованного выбора адекватных психодиагностических методик и психокоррекционного подхода;
- овладения принципами и методами психологического консультирования, психокоррекции, а также некоторыми принципами и методами психотерапии больных с разными видами зависимого поведения;
- взаимодействия клинического психолога с зависимыми лицами и их ближайшим микросоциальным окружением;
- организации работы клинического психолога и взаимодействия с медицинским персоналом в наркологических учреждениях;
- навыки рефлексии, самоанализа, эмпатии, аффилиации, субъективного контроля ситуации, проблем - разрешающего и социально-поддерживающего поведения в работе с зависимыми лицами.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами наркологического профиля, их родственниками, медицинским персоналом.

«ПСИХОЛОГИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Понятие «совладающее (копинг) поведение». Копинг – стратегии и копинг - ресурсы. Различие совладающего поведения и механизмов психологической защиты.
2. Понятия стиль реагирования, защита и копинг.
3. Механизмы психологической защиты по А.Фрейд. Модель психологических защит по Вейланту.
4. Оценка и измерение методов психологической защиты.
5. Ситуационный и личностный подход в изучении копинг - поведения.
6. Физиологические механизмы реакции на угрозу (реакции в экстремальных ситуациях).
7. Основные положения теории стресса Г.Селье.
8. Общий адаптационный синдром (ОАС) и его три стадии.
9. Разграничение понятий «физиологический стресс» и «психологический стресс», «эмоциональный стресс». Виды стрессов, возникающие в трудовой деятельности.
10. Разные варианты значений понятия стресс.
11. Подходы к пониманию стрессоров и их измерению. Жизненные события, повседневные неприятности, хронические стрессоры
12. Диспозиционный подход к совладающему поведению.
13. Ситуационный подход к совладающему поведению.
14. Интегративный подход к совладающему поведению.
15. Совладающее поведение с точки зрения субъектно - деятельностного подхода».
16. Структурный фактор совладающего поведения.
17. Динамический фактор совладающего поведения.
18. Экологический фактор совладающего поведения.
19. Регулятивный фактор совладающего поведения.
20. Модели связи копинга и здоровья
21. Стратегии и стили совладания. Проблемно – ориентированный и сфокусированный на эмоциях стиль.
22. Концепция соответствия когнитивной оценки и совладания
23. Модель «Цели и совладание со стрессом» С.Фолькман и Н.Стейн
24. Модель двойного процесса в совладающем поведении
25. Модель опережающего совладания, ориентированного на будущее.
26. Опережающее, проактивное совладание (proactive coping):
восстановительное, реагирующее, реактивное) совладание; опережающее, проактивное совладание (proactive coping), предвосхищаемое, антипационное совладание, профилактическое, превентивное совладание

27. Метод повествовательного изложения (нарративный подход)
28. Проблема диагностики совладающего поведения в России.
29. Ограничения и недостатки методов диагностики стратегий совладающего поведения
30. Диагностика (измерение) совладающего поведения.
31. Интериндивидуальные методы измерения копинг – поведения.
32. Интраиндивидуальные методы измерения совладающего поведения.
33. Опросник способов совладания (WCQ, Lazarus, Folkman) и индикатор копинг стратегий (J.Amirkhan)
34. Методика «Копинг – поведение в стрессовых ситуациях»(Endler, N & J.Parker).
35. Юношеская копинг – шкала (Frydenberg, Lewis)
36. Проблема эффективности совладающего поведения
37. Развитие совладающего поведения как теория и практика укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен уметь:

- применять на практике основные методы психологической диагностики индивидуального и семейного копинг - поведения;
- обоснованного выбора адекватных психодиагностических методик совладающего поведения, с учетом возраста, пола обследуемых и специфики болезни;
- овладения принципами и методами создания профилактических программ, создаваемых на теоретических основах совладающего поведения;
- развития совладающего поведения (разрешение проблем, поиск и восприятие социальной поддержки, тренинг эмпатии и жизнестойкости, собственной эффективности).

**«ПРАКТИКУМ ПО КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕМУ И
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ»**

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕМУ И
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- формулирования задачи психодиагностического исследования детей;
- владеть основными методиками диагностики детей с патологией развития.;
- применять методики для экспериментально-психологического исследования детей;
- вести протокол экспериментально-психологического исследования;
- устанавливать взаимосвязи между выявленными в ходе экспериментального исследования отдельными феноменами и интерпретировать полученные данные;
- составлять программу психокоррекции на основе диагностического исследования;
- составлять отчёт и рекомендации для педагогов и родителей.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста, их родственниками, медицинским персоналом.

**ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕМУ И
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Каждый студент представляет на зачетном занятии отчет по самостоятельной работе с пациентом, план коррекционных мероприятий, проводится собеседование.

Протокол индивидуального психологического обследования ребёнка дошкольного возраста.

Ф.И. ребёнка _____

Общая характеристика (контактность, установка на исследование, работоспособность) _____

Дата исследования _____ 2007г. Группа № _____

	Результаты исследования	
1.ВОСПРИЯТИЕ		
Цвета		
Формы		

Времён года		
Пространства		
2.Мышление и математические способности		
Нагл.-действ.		
Образное		
Логическое		
Классификация		
Аналогия		
Общая осведомлённость		
Понятливость		
Счёт прямой		
Счёт обратный		
Понятие числа		
3.ВНИМАНИЕ		
Зрительное		
Слуховое		
4.ПАМЯТЬ		
Зрительная		
Слуховая		
5.МОТОРИКА		
Крупная		
Мелкая		
Ведущая рука		
6.РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ		
Связная речь по 1 картине		
Связная речь по серии		
7.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА		
Сензитивность		
Агрессия		
Тревога		
Страхи		
8.СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ		
Общая семейная ситуация		
Со взрослыми		
Со сверстниками		
9.ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА		

Произвольность		
Самооценка		
Уровень притязаний		
СУММА БАЛЛОВ:		

РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДАГОГАМ И РОДИТЕЛЯМ

ПРИМЕР

плана коррекционных групповых занятий

Коррекционная работа рассчитана на работу с агрессивными детьми дошкольного возраста 5-6 лет с ЗПР, собирающихся поступать в школу на следующий или в этот же год.

Критерий отбора детей:

1 Жалобы родителей (воспитателей) на агрессивность, раздражительность детей.

2 Возраст

Коррекционная работа содержит в себе 3 блока и 9 занятий – ориентировочный (занятия 1,2), терапевтический (занятия 3-7), обучающий (занятия 8,9). На последнем блоке подразумевается включение родителей в занятия.

Цели коррекционной работы:

- 1 Коррекция агрессивного поведения
- 2 Коррекция вербальной агрессии
- 3 Развитие адекватных форм проявления эмоций
- 4 Коррекция страхов
- 5 Развитие навыков эмпатии

Форма работы - групповая

Количество участников группы 4-6 человек (желательно четное количество, т.к. некоторые упражнения подразумевают работу в паре).

Количество ведущих два (один ведущий, второй соведущий, оказывающий поддержку в работе с агрессивными детьми)

ПРИМЕР

плана индивидуальной психокоррекционной работы.

Запрос: мальчик (6 лет) с повышенным уровнем личностной тревоги, боится темноты, засыпать один из-за «чудовища под кроватью», в целом ребенок неуверен в себе, застенчив.

Занятие 1. Цель – исследование эмоциональной сферы ребенка в рамках индивидуального занятия, вербализация негативных переживаний, проговаривание и принятие эмоций ребенка.

Беседа с игрушками: «Смотри к нам в гости пришли звери: Мишутка, Зайка и Белочка. Они хотят рассказать нам о своих страшилках. По одному им страшно говорить о них, поэтому они собрались вместе и пришли к нам.»

Техника раскрашивания фигур: «Давай раскрасим Мишутку так, чтобы увидеть, что он чувствует, когда боится»(дифференциация эмоций).

Беседа: «Расскажи, когда ты радуешься, что приносит тебе удовольствие».

Рисунок позитивных эмоций: «А теперь нарисуем радостного Мишутку таким, чтобы все видели, как он радуется» (переход к ресурсному состоянию).

Занятие 2. Цель – объединение детей в группу, раскрепощение, создание доверительной атмосферы.

В начале занятия психолог предлагает каждому ребенку выбрать из множества мягких игрушек на полках ту, которая ему больше нравится. Сев в круг, дети называют свои имена и то положительное качество, которое, по их мнению, есть и у игрушки, и у него. Психолог подчеркивает, что в каждом всегда можно найти что-то положительное, и предлагает, чтобы игрушки сопровождали ребят на протяжении каждого занятия (создание ритуала для начала занятия).

Игра «Дует сильный ветер»

Стулья ставятся в круг. Их хватает на всех кроме одного. Ведущий встает в центр и говорит: «Сильный ветер сдувает всех кто в черных ботинках, (всех кто не любит чистить зубы и т.д.)» Те у кого есть названный признак вскакивают и меняются местами. В это время ведущий должен занять пустующий стул. Тот кто остался в центре круга становится ведущим.

«Картины вдвоем» (сотрудничество, эмпатия). Обсуждение.

Минутка шалости.

«Дождь»(релаксация). Дети садятся на полу в круг и закрывают глаза. Ведущий начинает изображать шум легкого дождика, потирая ладони друг о друга. Группа повторяет. «Теперь дождь усиливается, - говорит ведущий, постукивая пальцами по полу, - так капли дождя стучат по крыше дома». Непогода усиливается, гремит гром – ведущий стучит по полу ладонями и ногами. Затем непогода начинает стихать и все действия выполняются в обратном порядке. Заканчивается упражнение в совершенной тишине.

Занятие 3. Цель – развитие выражения эмоций, принятие эмоций.

Дети находят своих «сопровождающих» игрушек и придумывают короткий рассказ про них (включение в работу, раскрепощение).

Игра «Лес» (произвольность). Дети двигаются по кругу. По сигналу ведущего «Кочки» они должны остановиться и присесть, по сигналу «Деревья» -- поднять руки вверх и покачать ими. Эти движения выполняются

до тех пор, пока ведущий не скажет «Тропинка», после чего движение по кругу продолжается.

«Ромашка» (пантомимика). Заранее заготавливаются картонные листы – лепестки ромашки. Психолог пишет на них ту или иную эмоцию или персонажа (пугливый зайчик, удивленный мальчик и т.п). Ребята по очереди подходят к «ромашке» и «отрывают» наугад лепесток, после чего каждый должен изобразить то, что там написано, а группа отгадать.

«ПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- формулирование задачи психодиагностического исследования больного (на основании беседы с лечащим врачом и ознакомления с историей болезни);
- составлять программу экспериментально-психологического исследования;
- владеть основными методиками диагностики нарушений познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности;
- применять методики для экспериментально-психологического исследования больного;
- вести протокол экспериментально-психологического исследования;
- устанавливать взаимосвязи между выявленными в ходе экспериментального исследования отдельными феноменами и интерпретировать полученные данные;
- составлять заключение экспериментально-психологического исследования.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с психическим расстройством, их родственниками, медицинским персоналом.

ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Каждый студент представляет Заключение патопсихологического исследования, выполненного самостоятельно, проводится обсуждение.

План (схема) заключения патопсихологического исследования

Экспериментально-психологического исследования

Ф.И.О. пациента _____

Диагноз _____

Дата исследования _____

1. Введение (данные клинической беседы и наблюдения за поведением пациента) -
Дается общая характеристика поведения пациента, его отношение к исследованию, к своему психическому здоровью, жалобы.

2. Общая характеристика психической деятельности (по результатам выполнения сенсомоторных проб) – темп, реакция на успех-неуспех, общая продолжительность работы.
3. Мнестические процессы (объем непосредственного и опосредованного запоминания).
4. Ассоциативные процессы (по данным методики «Пиктограмма» и другим ассоциативным методикам).
5. Мыслительная сфера (по данным методик на операции обобщения, толкования метафор и пословиц, описания сюжетных картин).
6. Индивидуально-психологические особенности (личностная, эмоционально-волевая и мотивационная сфера по данным проективных методик).
7. Резюме: Интегративная оценка результатов исследования и их обобщение в рамках известных патопсихологических симптомокомплексов.

Подпись экспериментатора

«ПРАКТИКУМ ПО ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- Работы с историей болезни ребенка.
- Разработки стратегии патопсихологического обследования и отбора необходимых для этого методик.
- Самостоятельного проведения патопсихологического обследования в детской клинике.
- Ведения протокола исследования.
- Выявления и систематизации патологической симптоматики, патопсихологической квалификации симптомов.
- Проведения структурного анализа выявленных расстройств, выделения первичных симптомов, связанных с болезнью, и вторичных нарушений, обусловленных аномальным развитием в условиях болезни.
- Написания психологического заключения по результатам обследования.
- Разработки рекомендаций для работы с ребенком, дифференцированные в зависимости от характера, природы и механизма образования нарушений и направленные на их предупреждение, снятие или ослабление.
- Использования и интерпретации психодиагностических методик.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами детского возраста, их родственниками, медицинским персоналом.

ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

На зачетном занятии каждый студент представляет «психологическое заключение», проводится собеседование.

Протокол составления психологического заключения.

1. Внешний вид ребенка, контактность, фон настроения, особенности эмоционального реагирования; общая адекватность поведения.
2. Мотивационно-волевые особенности, сформированные регуляторных функций (самоконтроль, произвольность).
3. Темповые характеристики деятельности, работоспособность,
4. Латерализация. Моторика (крупная и мелкая, в т.ч. графическая деятельность).

5. Когнитивная сфера:

а) Речь (фраза: развернутая, бедная; словарный запас; произвольность; звукопроизношение; понимание обращенной речи - из беседы и на основе выполнения всех вербальных заданий);

б) Память (объем; избирательность мнестических следов; непосредственная и опосредованная; есть ли разница между ними),

в) Внимание (объем; концентрация, переключение, распределение).

г) Восприятие, пространственные представления,

д) Мышление:

- наглядно-действенное и наглядно-образное мышление;
- способность к опосредованию;
- уровень обобщений (понятийное мышление);
- доступность логических операций, установления причинно-следственных отношений.
- динамика мыслительной деятельности (лабильность - инертность, если проявилось).

6. Обучаемость (способность принимать помощь, осуществлять перенос).

7. Характеристика социально-эмоциональной и личностной сферы,

8. Заключение (формулирование общей структуры выявленных нарушений):

- развитие по задержанному типу (с указанием преимущественной недостаточности развития того или иного компонента ВПФ);
- развитие по дисгармоническому типу;
- искаженное развитие,

9. Рекомендации (направление к другим специалистам - дополнительное обследование или коррекционная работа; психолого-педагогические рекомендации, которые могут выполнять сами родители).

Общая структура схемы заключения предполагает следующие разделы:

I. Общая часть заключения

1. Основные паспортные данные ребенка.
2. Основные жалобы родителей, педагогов, других лиц, которые сопровождали ребенка на консультацию.
3. Раздел, посвященный наиболее важным анамнестическим данным.
4. Специфика внешности и поведения ребенка в процессе обследования, в том числе его аффективное, эмоциональное реагирование, общая мотивация, отношение к обследованию (критичность и адекватность).
5. Сформированность регуляторных функций.
6. Общая оценка операциональных характеристик деятельности ребенка в различные моменты обследования (в том числе и ее динамический аспект).

7. Особенности развития различных компонентов когнитивной сферы.
8. Характеристики эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения.

II. Специальная часть

1. Психологический диагноз.
2. Вероятностный прогноз развития.
3. Рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка.

«ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИКЕ»

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИКЕ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, расстройства приема пищи и расстройства сна.
2. Клинико - психологическое (психосоматическое) интервью.
3. Симптомы и психодиагностика стресса.
4. Исследование сенсорного уровня внутренней картины болезни.
5. Исследование эмоциональных нарушений при психосоматических расстройствах.
6. Исследование когнитивного (интеллектуального) уровня субъективного восприятия психосоматической болезни.
7. Исследование нарушений мотивации при психосоматических заболеваниях.
8. Психологическая адаптация больных с психосоматическими расстройствами.
9. Контроль над средой, ситуацией и болезнью.
10. Психологическое благополучие, качество жизни и психосоматическая болезнь.
11. Алекситимия, агрессивность, враждебность, перфекционизм.
12. Психологическая диагностика тревожно – фобических расстройств, обсессивно –
13. компульсивных расстройств, диссоциативных расстройств.
14. Соматоформные расстройства, расстройства приема пищи, расстройства сна.
15. Соматоформная вегетативная дисфункция.
16. Психологическое консультирование при психосоматических расстройствах.
17. Телесная психотерапия (сомато-центрированные методы психокоррекции).
18. Шкала стрессогенности событий (Holmes and Rahe, 1967).
19. Шкала психологического стресса PSM-25.
20. Методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений».
21. Опросник депрессивности Бека», -BDI;
22. Шкала Гамильтона для оценки депрессий»-HDRS, Hamilton,
23. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
24. Шкала реактивной и личностной тревожности»-STAI, C.D.Spielberger),
25. Опросник эмоциональной регуляции.(ERQ, J.Gross&O.John);
26. Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований(CES-D).
27. Опросник « Семантический дифференциал времени».
28. Опросник Тип Отношения к Болезни.,

29. Опросник реагирования на болезнь, Pritchard, Бевз И.А., Тхостов АШ),
30. Опросник «Личностный смысл болезни),
31. Тест смысложизненных ориентаций (Леонтьев Д,СЖО),
32. Самооценка по Дембо - Рубинштейн.
33. «Опросник выраженности психопатологической симптоматики «-SCL-90-R, Derogatis).
34. Опросник «Индекс жизненного стиля»-LSI, Plutchik)
35. «Индикатор стратегий преодоления стресса – «ИСПЭС», CSI, J.Amirkhan,).
36. Уровень субъективного контроля (УСК), Бажин ЕФ
37. Опросник ВОЗКЖ-100.
38. Торонтская шкала алекситимии,
39. Шкала враждебности SCL-90-R,
40. Тест «Тип поведенческой активности».
41. Опросник невротических черт личности (НЧЛ)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИКЕ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Студент должен иметь навыки:

- проведения клинико –психологического интервью;
- квалификации клинических симптомов и синдромов у больных с соматоформными, психосоматическими и хроническими соматическими заболеваниями;
- формулирования задачи психодиагностического исследования больного (на основании беседы с лечащим врачом и ознакомления с историей болезни);
- составлять программу экспериментально-психологического исследования;
- владеть основными методиками диагностики нарушений познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности;
- применять методики для экспериментально-психологического исследования больного;
- вести протокол экспериментально-психологического исследования;
- устанавливать взаимосвязи между выявленными в ходе экспериментального исследования отдельными феноменами и интерпретировать полученные данные;
- составлять заключение экспериментально-психологического исследования.
- формирования гипотез о психологических механизмах симптомообразования, основываясь на фактических симптомах и синдромах, выявленных у больных;
- верификации выдвинутых гипотез;

- планирования психокоррекционной работы;
- психологического консультирования и владения отдельными техниками телесно - ориентированной психотерапии.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с психосоматическими расстройствами, их родственниками, медицинским персоналом.

**ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИКЕ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Каждый студент на основании обследования больного при помощи психосоматического интервью пишет «Отчет о комплексном клинико-психологическом обследовании больного».

АНКЕТА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ.

I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

- 1.1. Фамилия, имя, отчество.
- 1.2. Дата рождения / полных лет.
- 1.3. Образование.
- 1.4. Профессия, специальность, квалификация, опыт работы.
- 1.5. Характер занятий (обучение, работа, служба).
- 1.6. Госпитализация (впервые; повторно в какой раз).
- 1.7. Дата госпитализации / длительность нахождения.
- 1.8. Диагноз при поступлении. Шифр МКБ-10 ()

II. ЖАЛОБЫ.

- 2.1. Жалобы по основному заболеванию.
- 2.2. Жалобы по сопутствующим заболеваниям.

III. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (СО СЛОВ).

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ВОСПИТАНИЕ:

- 3.1. Рос (-ла) в семье или детском доме, интернате.
- 3.2. Мать (или заменяющее ее лицо): жива или умерла, образование, профессия. Характер воспитания и взаимоотношений. Вредные привычки. Наличие заболеваний психосоматического характера. В случае смерти - как давно, причины и как пережил(-а)?
- 3.3. Отец (или заменяющее его лицо): жив или умер, образование, профессия.

Характер воспитания и взаимоотношений, вредные привычки. Наличие заболеваний психосоматического характера. В случае смерти, как давно, причины и как пережил(-а)?.

3.4. Взаимоотношения между матерью и отцом (или лицами их заменяющими), их характер, особенности их совместного воспитания.

3.5. Участие бабушек, дедушек в воспитании:

3.6. Вредные привычки, заболевания психосоматического характера у бабушек, дедушек:

3.7. Наличие братьев, сестер (последовательность рождения, характер отношений и взаимодействия с родителями):

3.8. Вредные привычки, заболевания психосоматического характера у братьев, сестер:

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ:

4.1. Обучение (способности, прилежание, дисциплинированность, успеваемость, интересы; взаимоотношения с одноклассниками, одноклассниками, учителями, преподавателями).

4.2. Досуг (интересы, увлечения, кружки, секции, спорт, хобби, любимые игры, развлечения, туризм, охота, рыбалка, походы, путешествия).

4.3. Служба (отношения в армии, флоте с сослуживцами, начальством; злоупотребления в армии, в т.ч. курение, алкоголь, наркотики).

4.4. Участие в боевых действиях (длительность, последствия).

4.5. Трудовая деятельность (соответствие полученной профессии, специальности; отношение к работе, к коллегам, к начальством, к подчиненными; квалификация, работоспособность, инициативность, активность, профессиональный рост, перспективы).

4.6. Частота и причины смены работы, профессии.

4.7. Проблемы с законом (учет в милиции, задержания за правонарушения; пребывания в тюрьме, взаимоотношения с сокамерниками, тюремным начальством).

4.8. Социально-бытовые условия проживания, благоустроенность жилища, удовлетворение материальным, служебным и семейным положением:

СЕМЕЙНАЯ И ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ:

5.1. Появление полового влечения:

5.2М. Поллюции, подростковая мастурбация (возраст начала, частота):

5.2Ж. Менструации, подростковая мастурбация (возраст начала, регулярность, самочувствие во время менструации):

5.3. Начало и регулярность половой жизни:

5.4М. Импотенция, нарушения полового влечения:

5.4Ж. Фригидность, менопауза, нарушения половой жизни:

5.5. Сексуальное насилие (возраст, последствия):

6.1. Проживание в гражданском браке (начало, длительность, перспективы брака):

6.2. Вступление в брак (возраст; отношение семьи, друзей):

6.3. Отношения с супругом(-ой):

7.1Ж. Беременность (количество, возраст, состояние в период беременности):

7.2Ж. Аборты (количество, возраст, причины, последствия):

7.3Ж. Выкидыши и мертворожденные дети: (количество, возраст, последствия):

7.4Ж. Роды (количество, возраст, осложнения, состояние в послеродовой период):

8.1. Развод (возраст, причины, последствия, отношение к перспективам повторного брака):

9.1. Дети (количество, пол, возраст):

9.2. Отношения детей к разводу, взаимодействие детей с разведенным родителем, с отчимом (мачехой):

9.3. Отношения с детьми:

9.4. Вредные привычки, заболевания психосоматического характера у детей:

10.1. Внуки (возраст появления, отношения, вредные привычки, заболевания психосоматического характера):

IV. АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

11.1. Диагноз основного заболевания:

МКБ-10()

11.2. Диагнозы сопутствующих заболеваний:

МКБ-10()

МКБ-10()

11.3. Описание того, что предшествовало заболеванию.

11.4. Этиология заболевания (причины по мнению пациента):

11.5. Самооценка причин стрессового напряжения (по Буту):

Причина	-	+
1. Гораздо чаще приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в обязанности		
2. Постоянно не хватает времени		
3. Постоянно кто-то или что-то подгоняет, торопит, ощущается постоянная спешка		
4. Кажется, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения		
5. Постоянно хочется спать, но выспаться просто невозможно		
6. Видится чересчур много снов, особенно когда утомишься за день		
7. Число выкуриваемых сигарет увеличилось		
8. Увеличились частота и количество употребления алкоголя		
9. Почти ничего не нравится, не доставляет удовольствия		
10. Дома, в семье постоянные конфликты		
11. Жизнь не приносит удовлетворения		

12. Постоянно влезает в долги, не зная как с ними расплатиться		
13. Ощущается неполноценность себя		
14. Не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания		
15. Не чувствуется уважение ни в семье, ни на работе		
	Σ	

11.6. Симптоматика (проявления болезни со слов пациента).

11.7. Самооценка признаков стрессового напряжения (по Шефферу):

Признак	-	+
1. Невозможно сосредоточиться на чем-либо		
2. Слишком частые ошибки в работе		
3. Ухудшение памяти		
4. Слишком частое возникновение чувства усталости		
5. Очень быстрая речь		
6. Довольно частые боли в голове, спине, желудке		
7. Повышенная возбудимость, раздражительность		
8. Работа не доставляет прежней радости		
9. Потеря чувства юмора		
10. Число выкуриваемых сигарет увеличилось		
11. Увеличились частота и количество употребления алкоголя		
12. Постоянное ощущение недоедания		
13. Пропадает аппетит, потеря вкуса к еде		
14. Невозможность в срок закончить работу		
	Σ	

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ.

СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

(по жалобам, истории болезни, объективным признакам)

12.1. Внешний вид: соответствует возрасту - не соответствует возрасту; преждевременное увядание, физический инфантилизм; соответствует биологическому полу - не соответствует биологическому полу ; феминизация – маскулинизация;

12.2. Телосложение: рост (низкий средний высокий); вес (дистрофия, сниженный вес, нормальный вес, повышенный вес, ожирение) ; типы конституции (астенический, нормостенический, пикнический, смешанный (диспластический).

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

13.1. Состояние сознания: ориентировка - в месте, во времени, в собственной биографии и в окружающей обстановке личности - сохранна , нарушена

13.2. Контактность: полностью контактен - избирательно контактен - периодически недоступен для контакта - неконтактен

- 13.3. Характер одежды: неряшлив, опрятен, подчеркнута яркий.
- 13.4. Манера поведения: а) адекватная (дружественная, доброжелательная, соответствующая половой принадлежности); б) неадекватная (гневливая, дисфоричная, тревожная, негативная, подозрительная, недоброжелательная, депрессивная, апатичная (безразличная, пассивная), аффективная, эйфоричная - не соответствующая половой принадлежности;
- 13.5. Ощущения, восприятие (наличие иллюзорных, галлюцинаторных эпизодов).
- 13.6. Внимание: концентрация, устойчивость, переключаемость, отвлекаемость
- Параметр: ↑ N ↓
- 13.7. Память: амнезия, гипомнезия, гипермнезия, парамнезия
- 13.8. Интеллект: сниженный, нормальный, повышенный
- 13.9. Мышление: Логичное; Алогичное (Навязчивые идеи Сверхценные идеи Бредовые идеи
- 13.10. Темп течения ассоциаций: Нормальный Замедленный Скачкообразный Ускоренный
- 13.11. Критичность к состоянию.
- 13.12. Установки на будущее.
- 13.13. Особенности речи (темп, ясность, логичность, ясность).
- 13.14. Эмоциональная сфера:
- 13.15. Суицидальные мысли, эпизоды (причины, последствия).
- 13.16. Особенности мимики.
- 13.17. Особенности сна-бодрствования (сонливость, бессонница; трудности засыпания, пробуждения; ужасы, кошмары; ночной энурез, энкопрез).
- 13.18. Двигательная сфера: Заторможен Расслаблен Спокоен Напряжен Возбужден
Расторможен

VI. Клинико-психологические гипотезы о механизмах симптомообразования. (Предполагаемые механизмы симптомообразования: конверсия, соматизация: ипохондрическая фиксация, стрессогенный и тд.).

VII. Программа обследования (с обоснованием выбора методик) :

1. Патопсихологическое обследование (стандартный набор)
2. Нейропсихологическое обследование (стандартный набор)
3. Психодиагностические методы исследования: Гиссенский тест жалоб, методика "Тип отношения к болезни" (ТОБол-), методика "Торонтская шкала алекситимии" (TAS) методика "Индекс жизненного стиля" (ИЖС-LSI), методика "Тип поведенческой активности" (ТПА), опросник «Уровень субъективного контроля); Интегративный тест тревожности

шкала депрессии Гамильтона,СЖО, проективные методы (ТАТ и РНЖ),Мили др.

VIII.Описание результатов обследования с интегрированным заключением (Интегрированный психологический портрет).

1.Патопсихологическое заключение по материалам обследования (методики, результаты,их описание, заключение).

2.Заключение по данным нейропсихологического обследования (методики, результаты, их описание, заключение).

3.Психодиагностические методы исследования: методики, результаты, их описание, заключение).

X.Программа психокоррекции и психотерапии.

Цель(и) психотерапии. Задачи. Методы психотерапии. Содержание. Техники. Этапы Количество сеансов и их частота.

XI. Заключение для врача по данным клинико-психологического обследования больного (ой).

«ПРАКТИКУМ ПО НЕЙРОПСИХОЛОГИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО НЕЙРОПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Студент должен иметь навыки:

- изучения истории болезни;
- составления протокола нейропсихологического исследования больного;
- применения нейропсихологических проб и адекватного осмысления полученных результатов;
- составления письменного заключения по результатам нейропсихологического исследования больного.
- Психологически грамотной коммуникации с пациентами с поражением высших психических функций, их родственниками, медицинским персоналом.

ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАКТИКУМ ПО НЕЙРОПСИХОЛОГИИ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030302.65 – «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Каждый студент представляет нейропсихологическое заключение и протокол нейропсихологического исследования, самостоятельно проведенного, проводится обсуждение.

Форма нейропсихологического заключения.

Нейропсихологическое заключение должно включать: общую характеристику больного, исследование двигательных функций, исследование гнозиса, исследование речевых функций, исследование памяти и исследование интеллекта

I. Общая характеристика больного. Здесь оценивается уровень активности больного; его способность ориентироваться в месте, времени и личной ситуации; особенности эмоционального статуса; адекватность ситуации обследования; критичность по отношению к собственной деятельности, возможность коррекции допускаемых ошибок; степень истощаемости.

II. Исследование движений и действий. При исследовании двигательных функций применяются следующие пробы: на реципрокную координацию, на праксис позы (пальцев руки), перенос позы, на динамический праксис («кулак-ребро-ладонь» и графическая проба), на пространственную организацию движений (пробы Хэда).

III. Исследование гнозиса. Исследование гностических функций включает следующие методы: пробы на предметный гнозис (узнавание

реалистических изображений, перечеркнутых, наложенных и незавершенных изображений), интерпретация сюжетных картин; исследование зрительно-пространственного гнозиса – самостоятельный рисунок (стол, куб), копирование рисунка (стол, куб), копирование фигуры Рея-Тейлора, копирование рисунка с поворотом на 180° (перешифровка); акустический гнозис и слухо-моторную координацию (оценка и воспроизведение простых и акцентированных ритмических структур), сомато-сенсорный гнозис (проба на локализацию прикосновения, проба на дискриминацию, чувство Ферстера (дермолексия), схема тела).

IV. Исследование речевых функций. При исследовании речи используются следующие пробы: оценка спонтанной речи в диалоге и при описании картинок; называние предметных изображений; пробы на автоматизированную речь (числовые ряды в прямом и обратном порядке, дни недели, месяцы); задания на понимание логико-грамматических конструкций.

V. Исследование памяти. Исследование памяти включает: запоминание 5/6 слов (не связанных по смыслу) в заданном порядке за 5 предъявлений, запоминание двух групп по три слова, запоминание рассказа, запоминание 5/6 зрительных стимулов (фигур). В каждой пробе анализируется непосредственное и отсроченное (после интерференции) воспроизведение.

VI. Исследование интеллекта. При исследовании интеллекта используются пробы на понимание смысла рассказов и сюжетных картин, исследование письма и счета (в пределах 10, с переходом через десяток, серийный счет /100 – 7, 30 – 1/2)

Анализ полученных результатов осуществляется с учетом возрастных нормативов выполнения отдельных проб.

Выраженность выявляемых нарушений оценивается по четырехбалльной системе: 0 баллов ставится при отсутствии нарушений; 1 балл – при легких нарушениях и возможности самостоятельной коррекции ошибок; 2 балла – при средней степени выраженности дефекта, возможности коррекции и выполнении задания при подсказках экспериментатора; 3 балла – при наличии выраженного дефекта.

При проведении исследования в клинике необходимо учитывать, что не все больные могут пройти через полное изучение всех психических функций – применения ряда проб может быть ограничено вследствие нарушений зрения, двигательных нарушений (тетрапарезы, гемипарезы, тремор), выраженного истощения больных.

Исследование простых счетных операций проводится у детей, начиная с 6 лет, исследование серийного счета – с 8 лет.

Протокол нейропсихологического обследования

Дата

Локоть/
Пальцы/
Глаз/
Ухо/
Рука/

ФИО
Возраст

III
D

S

III
Тойбер/

D

S

Ферстер

D 1 2 3 4 5 6 7 8 9

S 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Перенос II
D→S

S→D

Хэд

PK

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

ДП

D

S

Ритмы

Оценка

Воспроизведение со слуха

Воспроизведение по инструкции

D

S

Реалистические

черенок
горлышко

абажур

циферблат

гребешок

носик
ручка

дужка

педаль

язык

Перечеркнутые

Наложенные

Ведро

клещи

лампа

Весы

чайник

сабля

Ножницы

булавка

очки

Лейка

ключ

якорь

Окно

Прорубь

Память

Зрительная

1) I

1) II

100-7=

2) I

2) II

3) I

3) II

4) I

4) II

5) I

5) II

дни недели/
←/

месяцы/
←/

* I?

II?

1								
2								
3								
4								
5								
6								

31-15=
7x5=

7x8=

4x9=

6x8=

9x7=

8+7=

12-7=

4+3=

8-5=

30-1/2=

*								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Письмо **D** **S**
Логико-грамматические конструкции
Стол/куб **D** **S**
S
Поведение в обследовании

Перешифровка
Забор **D**

