федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПО ПСИХОТЕРАПИИ»**

по специальности ординатуры

31.08.22. «Психотерапия»

(код, наименование направления подготовки (специальности))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование практики)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.22 Психотерапия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от « 22 » июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК -1:** готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

**УК-2:** готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этические, конфессиональные и культурные различия;

**УК-3:** готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;

**ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**ПК-2:** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;

**ПК-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

**ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи;

**ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

**ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| **УК -1:** готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Уметь** на основе изученных теоретических концепций личности в условиях клинической практики производить оценку роли психологических и социальных факторов в возникновении психогенного расстройства, владеть практическими навыками определения целей, задач и мишеней психотерапии, разработки индивидуальной психотерапевтической программы психотерапии пациента с невротическим состоянием. |
| **Владеть** основными классификационными критериями теорий личности, принципами анализа личности конкретного пациента, способами анализа и изучения причин возникновения психогенных расстройств, методами анализа и оценки возникновения невротического расстройства в рамках ведущих концепций психотерапии. |
| **Иметь практический опыт** оказания экстренной неотложной помощи при психогенных расстройствах. |
| **УК-2:** готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этические, конфессиональные и культурыные различия | **Уметь** в условиях внебольничной практики производить оценку роли социальных (социально-стрессовых, социально-психологических) факторов в возникновении психогенного расстройства и психотерапии. |
| **Владеть** основными понятиями и теориями психотравмирующего воздействия, стрессовых и невротических расстройств. |
| **Иметь практический опыт** организации оказания экстренной и неотложной помощи в экстремальных ситуациях. |
| **УК-3:** готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке госудраственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; | **Уметь** в условиях внебольничной практики создать организационные условия для проведения суггестивной психотерапии, организовать начало психотерапевтического процесса, провести первичное интервью пациента, заключить контракт на проведение суггестивной психотерапии, разработать стратегию проведения, проводить суггестивную психотерапию в условиях внебольничной практики. |
| **Владеть** основными навыками проведения суггестивной психотерапии, организации процесса психотерапии, создания терапевтического контракта, постановки целей и задач суггестивной психотерапии; принципами оценки эффективности психотерапевтического процесса при проведении суггестивной психотерапии. |
| **Иметь практический опыт** проведения семинаров и тренингов для специалистов среднего и высшего медицинского образования по вопросам оказания психотерапевтической помощи в экстремальных ситуациях. |
| **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; | **Уметь** определять склонность, предрасположенность, предвестники, начальные признаки и оказывать учреждающую помощь по поводу кризисных расстройств, обеспечить своевременность лечения в амбулаторных или стационарных условиях. |
| **Владеть** навыками оказания помощи по поводу кризисных расстройств и обеспечение своевременности лечения в амбулаторных или стационарных условиях. |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи по поводу кризисных расстройств. |
| **ПК-2:** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения | **Уметь** проводить социально-психологические и медико-статистические исследования по проблемам суицидологи, стрессовых, дезадаптивных и других кризисных расстройств и разрабатывать рекомендации по их профилактике. |
| **Владеть** навыками раннего выявления признаков стрессовых, дезадаптивных и других кризисных расстройств (в том числе с депрессивными проявлениями) и проведения мер профилактики суицидального поведения. |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи в стрессовых, кризисных ситуациях. |
| **ПК-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; | **Уметь** в условиях внебольничной практики и в клинике распознавать стрессовые и кризисные расстройства, оценивать их причину и прогноз, диагностировать типологию личностного кризиса, адаптивный потенциал личности и мотивы больного. |
| **Владеть** навыками оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. |
| **Иметь практический опыт** оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. |
| **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Уметь** создать организационные условия для кризисной психотерапии, установить контакт с пациентом, начать психотерапевтический процесс, разработать тактику и стратегию его лечения. |
| **Владеть** алгоритмом психотерапевтическихнавыков оказания помощи пациентам в кризисных ситуациях, алгоритмом неотложной и последующей психофармакотерапией. |
| **Иметь практический опыт** оказания психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в кризисных ситуациях. |
| **ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации; | **Уметь** определять чрезвычайный характер тех или иных событий, характер и степень угрозы и быть готовым к оказанию поддержки и помощи нуждающимся; диагностировать тяжесть стрессового воздействия и глубину стрессового состояния пострадавших; включиться в прямое оказание лечебной помощи нуждающимся. |
| **Владеть** психотерапевтическими навыками оказания поддержки и помощи пострадавшим, в том числе с использованием неотложной психофармакотерапией. |
| **Иметь практический опыт** оказания поддержки и помощи пострадавшим, в чрезвычайных ситуациях. |
| **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации; | **Уметь** организовать и направлять психотерапевтически-реабилитационным процесс, проводить личностно-реконструктивную и восстановительную психотерапию, повышать адаптивный потенциал и тренировать механизмы совладающего поведения. |
| **Владеть** навыками проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапией с целью реабилитации. |
| **Иметь практический опыт** проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапии с целью реабилитации. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета проводится по зачетным билетам *(в устной форме, в письменной форме, по вариантам, в форме демонстрации практических навыков и т.п.)*

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга по практике осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

***Рб -*** *бонусный фактический рейтинг ;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий фактический рейтинг)*

 *Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

 **Критерии оценивания на зачете по практике**

**Оценка «отлично»** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**Оценка «хорошо**» Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**Оценка «удовлетворительно»** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**Оценка «неудовлетворительно»** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта**

**Практическое задание№1 «Осознавание и фокусирование»**

Общая настройка. Можете лечь или сесть в удобной позиции, глаза закрыты. Сначала несколько минут послушайте Ваше дыхание. Опишите его (оно глубокое, поверхностное, быстрое, медленное, громкое, приглушенное).

Затем (находясь в удобной позиции, глаза закрыты) проведите полный обзор тела от головы до пальцев ног или в обратном направлении – от пальцев ног до головы. Составьте предложения, начинающиеся со слов: «Я осознаю». Например: «Сейчас я осознаю, что мои пальцы согнуты (или расслаблены, или холодные и т. д.)». Это Практическое заданиелучше сначала записать (самому или с помощью друга) на магнитофон или на бумагу, поскольку Вы произносите предложения вслух. Я предлагаю вам систематически продолжать тренировать Ваше внимание, направляя его вверх или вниз по телу. Например: макушка головы, лоб, глаза, нос, и т. д. Когда Вы будете проходить эти области, не обойдите своим вниманием осознавание Вашего голоса, хотя мы будем изучать голос в главах 2и3. Прежде чем читать дальше, выполните цикл уже данных инструкций.

Фокусирование. В своей работе Гендлин предлагает совершать до тех пор описанные ниже последовательные циклы из 3 шагов, пока клиент сам не ощутит завершенность. Хорошо, если этот цикл Вам нравится. Или Вы можете начать с шага 3, следуя вашим мыслительным процессам. Можно делать это Практическое заданиеодному или с Вашим терапевтом или другом-любителем, или с любым другим профессионалом.

Я рекомендую новичкам в терапии ежедневную разминку (только несколько минут) в этой технике, это хороший путь для улучшения Вашего осознавания и Вашей терапии. Попробуйте еще раз:

Шаг 1. (Физические ощущения). Запишите самые заметные физические ощущения, которые Вы осознаете прямо сейчас.

Шаг 2. (чувства и эмоции). Назовите чувства или эмоции, соответствующие этим ощущениям.

Шаг 3. Позвольте появиться всему, что придет из этих ощущений и чувств, будь то мысль, воспоминание, образ, фантазия. Повторяйте последовательность из 3 шагов до тех пор, пока не почувствуете удовлетворение или завершение.

**Практическое задание№ 2 «Язык вербальный и невербальный»**

Вербальный патер: Обратите внимание на то, как Вы используете слова.

1. Есть ли у Вас некоторые любимые, но ненужные Вам фразы типа «я знаю, что я думаю», «по правде говоря», «другими словами» и т.д. Если так, для чего Вы их используете?
2. Что Вы делаете, когда говорите: уклоняетесь или обезличиваете? Если делаете, то каким образом?
3. Вы заметили какие-нибудь интроекты? Обвиняете ли Вы себя или других, используя слова «должен», «следовало бы». Если так, приведите пример:
4. Задаете ли Вы вопросы, чтобы скрыть утверждения? Если так, например?
5. Заметили ли Вы что-либо еще интересное?
6. Отмечайте звуки Вашего голоса в течение дня. Вы говорите характерным тоном, громко, в характерной манере?
7. Скажите громко следующую фразу четырем или пяти значимым людям в Вашей жизни (или вообразите каждого из них сидящего напротив Вас, каждого в отдельное время): «Я собираюсь порадовать себя новой машиной (или стерео, или картиной, путешествием – всем, чего Вы очень хотите)». Отметьте различия в Вашем говорении – тоне, громкости; можете изменить фразу в любом направлении, дополнить другими фразами, чем-то смешным.

**Практическое задание№ 3 а «Тело и работа с телом»**

1. Посмотрите в зеркало на Ваше лицо. Отметьте его хронические реакции (особенно глаз, рта, и лба). Обратите внимание на свое тело. Что-нибудь заметили?

3. Наблюдайте за окружающими. Не надоедайте им, но молчаливо отмечайте проявления их телесных коммуникаций. Это интересно.

Пример фиксированных коммуникаций:

а) транзитные:

б) осознаваемые:

в) неосознаваемые:

г) произвольные:

д) непроизвольные:

Дыхание - первая и постоянная поддержка нашей жизни. Некоторые люди во время эмоционального стресса ограничивают свое дыхание, дыша поверхностно или временно задерживая его. Или, подобно мне, постоянно ограничивают дыхание хроническим мышечным напряжением тела.

Первым сигналом, что я живу неправильно, было то, что я заметил свое дыхание. Когда у человека все в порядке, дыхание не осознается. Каждый раз, когда я пытался глубоко вздохнуть, я чувствовал тупую боль в груди. Особенно болезненно это было во время оргазма. Некоторое время я боялся ряда болезней - рака легких или туберкулёза, или чего-либо еще, что воображалось в этот момент (конечно, я не побеспокоился проконсультироваться с врачом, считая, что знаю себя лучше).

После нескольких лет сопротивления мысли начать терапию, я, наконец, приступил к ней. Сначала я не чувствовал изменений. Постепенно боль ослабела. Скоро я начал

воспринимать боль в груди как индикатор моего эмоционального состояния.

Если я чувствовал себя лучше, дыхание становилось легче.

Еще сегодня я проверяю своё дыхание: когда я чувствую тупую боль при глубоком вдохе, я стараюсь осознать, что именно неправильного происходит в моей жизни, то есть я начинаю её контролировать. Когда у меня есть мужество поправить это, мое дыхание восстанавливается снова.

Во время Вашей терапевтической работы и во время любых других жизненных ситуаций, обращайте внимание на Ваше дыхание. Вы многому научитесь.

**Практическое задание№ 3 б «Тело и работа с телом»**

1. Сядьте комфортно, спина должна быть прямая, но не напряженная, закройте глаза. Обратите внимание на Ваше дыхание и чувства, связанные с ним.
2. Отмечайте все изменения в Вашем дыхании в течение дня. Было ли что-то интересное?

Помимо общего осознавания дыхания существуют специальные приемы в использовании глубокого дыхания, которые могут быть полезными в Вашей терапии. Глубокое дыхание нацелено на *достижение глубокого уровня чувств* в некоторых техниках, в том числе в ребефинге, гипнотической индукции и т. д. Чтобы вызвать более глубокое осознание внутреннего состояния, при меняют глубокое регулярное дыхание в позиции лежа на спине. Делать это лучше с Вашим терапевтом или с проводником.

Биоэнергетические и другие техники, ориентированные на работу с телом.

Чтобы стимулировать осознание и выражение чувств, некоторые терапевты используют техники, развитые Вильгельмом Райхом, Александром Лоуэном и другими. В арсенале терапевтических техник существует большое разнообразие специфических методов. Об одном из таких приемов рассказывается в самом начале первой главы.

**Практическое задание№ 3в «Тело и работа с телом»**

Отметьте, какой участок тела у Вас особенно напряжен, пальпируйте[[1]](#footnote-1) это место сами или пусть Ваш друг поможет Вам: сделать это. Посмотрите, что произойдёт.

1. Встаньте. Примите следующую позу: колени согнуты, спина тоже согнута и наклонена вперед к носкам, пятки не касаются земли. Стойте так долго, как можете, и обратите внимание, что произойдет с Вами. Посмотрите, где энергия Вашего тела течет свободно, а где заблокирована.

Движение. Терапевты выделяют два типа движений всего тела: рутинные - те, которыми мы обычно пользуемся в обычной жизни, и те, которые мы способны делать во время эксперимента и исследования. Между прочим, некоторые терапевты, работающие, главным образом, с движением, известны как кинестезиологи.

*Я вспоминаю, как я участвовал в конференции в Сан-Франииско, где я получил первый опыт двигательной терапии с Дел Тейлор. Это был большой зал, и я находился рядом с ней.*

*Звучала африканская ритмичная музыка. Мое первоначальное напряжение стало стремительно возрастать. Два дня группа исследовала движение: на месте, в пространстве, одиночное движение, совместное. Наиболее яркий для меня момент был, когда Дел играла «Болеро» Равеля, я фактически поставил мой собственный танец. Я никогда бы не подумал, что я смогу придумывать танец или танцевать хорошо.*

То есть Ваш терапевт может попросить Вас двигаться по кругу и фиксировать, что Вы замечаете. Как ходите, держитесь, напрягаетесь. О чем говорят Вам Ваши движения?

В Вашей работе движение может помочь глубокому пониманию себя, стать открывающим. Часто я прошу клиента продемонстрировать понятие, используя язык движений. Например, в случае, когда клиент говорит: «Я застрял, я только хожу по кругу», Я могу ему предложить: «Хорошо, вставай и иди по кругу, приговаривая: «Вот как я проживаю свою жизнь». Смотрите, с чем Вы споткнетесь, что с Вами произойдет.

**Практическое задание№ 3 г «Тело и работа с телом»**

1. Итак, проделайте вышеописанное упражнение. Двигайтесь и отмечайте Ваш стиль, Ваш ритм, Вашу энергию, манеру держаться, подвижность: как и что.

2. Охарактеризуйте Вашу жизнь сейчас на языке движений и выразите ее хореографически. Посмотрите, что возникнет у Вас, что придет к Вам.

Телесный контакт. Когда-то, очень давно фрейдовские аналитики сердито хмурились при упоминании о телесном контакте в терапии, даже грозили пальцем. Некоторые психоаналитики делают это до сих пор. Многие гештальт-терапевты более терпимы в этом отношении. У них, я надеюсь, ответственное отношение к контактам такого рода.

*В моей терапии с Эл, когда я был очень расстроен, напряжен и одинок, я с нетерпением ждал момента, когда обниму его в конце сессии при прощании. Однажды, когда я плакал, он подкатил своё кресло ко мне и взял меня за руку.*

Лаура Перлз говорит: «Дайте столько поддержки, сколько необходимо, и так мало, как возможно».

Иногда поддержка в форме телесного контакта просто необходима. Терапия хороша для экспериментирования. В групповой гештальт-терапии часто используется телесный контакт для поддержки и воспитания.

Многие люди в нашей культуре имеют комплексы по поводу телесного контакта. Прикосновение, симпатия, массирование и т. д. - это все возможности для исследования.

Физические упражнения. Некоторые терапевты настаивают, чтобы их клиенты развивали здоровый стиль жизни: физическую активность, используя прогулки, бег, хатка-йогу, тай-чи, различные виды спорта. Какой именно способ будет упомянут и выделен, зависит от пристрастий самого терапевта. В моей собственной практике я поощряю клиентов заботиться о своем теле также как и о мыслях и чувствах, исходя из их возможностей. Терапевт, который уделяет внимание здоровому стилю жизни в полной мере, часто говорит о холистическом подходе к жизни.[[2]](#footnote-2) Такой терапевт будет обращать внимание клиента на целостность личности, благодаря соответствующему питанию, упражнениям, натуральной терапии, управлению стрессом. Иногда взаимодействие с другими сторонами жизни завораживает.

 *У моего недавнего клиента была тема: «Жизнь должна быть легкой», - произносил он это жалующимся тоном. Не удивительно, что он прошел через алкоголизм, через реабилитацию от этого злоупотребления, а его жизнь была всё еще плохо организована. Весь в долгах, дом в беспорядке, толстый и т. д. Я предложил ему эксперимент: вставать в 6 часов утра, на 45 минут раньше, чем обычно, и упражняться в хатка-йоге. Он почувствовал больше энергии и начал приводить свою жизнь в порядок. Недавно в моем офисе он порвал свою кредитную карточку надвое.*

*Во время сессии по йоге моя учительница попросила меня сесть на пол и коснуться носков. Затем она легла на мою спину u своим весом давила так, что мой подбородок оказался на моем колене. Боль была нестерпимая. «Подчинись боли! - она сказала. – Подчинись!». Я сделал это - и многому научился.*

**Практическое задание№ 3 д «Тело и работа с телом»**

Исследуйте, как Вы заботитесь о своём теле: питаетесь, сколько употребляете алкоголя, табака, кофеина, занимаетесь ли регулярными физическими упражнениями и т. д. Поразмышляйте о связи всего этого с Вашей эмоциональной жизнью. Совпадают ли Ваши физические и эмоциональные образы жизни! Различны ли они? Каковы они на самом деле?

**Практическое задание№ 4 а «Сны и фантазии»**

1. Видели ли Вы какие либо сны недавно! Если да, то запишите первый, который

возникнет в Вашей памяти здесь и сейчас.

1. Какие элементы, части сна Вам запомнились! Как они представляют различные, часто конфликтующие, части Вашей личности?
2. Проконсультируйтесь с Вашим гештальт-терапевтом по поводу работы по интеграции этих частей.
3. Были ли у Вас повторяющиеся сны, не обязательно один, проходящие через всю Вашу жизнь. Возможно, у Вас недавно был такой, который повторялся много раз.
4. Если такой есть, поработайте с ним так же, как и с первым сном в этом упражнении. Какое экзистенциальное послание Вы получили в этом сне?

Работа с дневными снами (или фантазиями, как их часто называют) такая же, как и работа с ночными снами. Используя гештальт-подход, выделяем те же три аспекта:

* рассматриваем опыт дневного сновидения как экзистенциальное послание;
* проговариваем его в настоящем времени, выделяя его живость и непосредственность;
* исследуем элементы сна как проекции частей Вашей личности, затем работаем в направлении интеграции.

Иногда на терапевтической сессии я инструктирую клиента, как «увидеть дневной сон, создать его здесь и сейчас». Обычно для стимуляции процесса я советую ему закрыть глаза и принять позицию полулежа. Это фантазирование (или кино в Вашей голове) может быть в Вашей памяти или составлять нечто новое. Ниже приводится пример фантазии - воспоминания недавнего клиента, назовем его Билл.

*Билл пришел в терапию после года борьбы с приступами интенсивного страха. Он боялся уходить из дома, где он жил один после развода. На одной из последних сессий он вспомнил, что в возрасте трех лет у него была операция. Я попросил его лечь, закрыть глаза и представить её. Перед его глазами возникла ситуация из прошлого: « Мне 3 года и я в госпитале. Здесь темно и страшно. Я всегда один, никто не обращает на меня внимание. Мои родители покинули меня, я боюсь, что они никогда не вернутся».*

*Вспоминая свой опыт, используя воображение, Билл сделал большой эмоциональный прорыв. Он действительно почувствовал и осознал некоторые связи между его текущим ужасом и его детством во время нашей сессии.*

Иногда я предлагаю другой тип фантазирования: прошу клиента представить некоторое событие развертывающимся. Обычно это предмет беспокойства или замешательства. Я прошу клиента разрешить образу развиваться в телесном опыте, ощутить проблему в каком-то участке тела. До некоторой степени это близко к фокусированию (см. главу 1).

*Например, Асmрид очень напряжена и тревожна в отношениях с мужчинами. Она встретила нового мужчину, Теда. Я прошу её вообразить себя с ним через шесть месяцев. Она фантазирует что-то, похожее на следующее: «Мы спускаемся по улице. Он меняет направление своего движения в мою сторону и, обходя, выталкивает меня с тротуара в кювет. Я чувствую сильный гнев, но улыбаюсь и шучу». Работа воображения затем исследуется по её теме. Мы можем обсудить и проработать способ обращения Астрид с конфликтом.*

Другая вариация - направленное воображение. При таком методе работы терапевт просит клиента закрыть глаза, фантазировать и при этом разрешить терапевту участвовать и говорить в его сцене или фантазии. У клиента появляются определённые реакции, которые позволяют сформировать определенное отношение к проблеме. Я не часто использую этот метод.

**Практическое задание№ 4 б Сны и фантазии»**

Выберите какую-либо область, в которой Вы испытываете затруднение (секс, гнев, особое отношение с кем-либо и т. д.) Откиньтесь назад, закройте глаза, пофантазируйте, создайте «дневной сон», относящийся к этой проблеме. Когда сделаете, запишите его. Поработайте с этим здесь и сейчас.

**Практическое задание № 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?

**Практическое задание № 6**

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 отмечается от конверсионного расстройства?

5. Как называл данное расстройство Ф. Александер?

**Практическое задание № 7**

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?

**Практическое задание № 8**

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»?

**Практическое задание № 9**

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?

**Практическое задание № 10**

Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. Очень мнительна. Постоянно сомневается в правильности поставленного диагноза, в грамотности назначенного лечения. Читает много специальной литературы, проявляет выраженный интерес к результатам анализов и обследований. Требует все новых и новых консультаций. Беспокоится из-за возможных осложнений. Считает, что у нее рак желудка. Тревожна, подавлена.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Тревожно-мнительный тип, фобический вариант.*
2. *Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность - вследствие этой тревоги. Крайним проявлением этого типа является обсессивно-фобический вариант, при котором воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.*

**Практическое задание № 11**

Больная Д., 42 года, с диагнозом ИБС, стенокардия. Несмотря на частые приступы, продолжает работать. Характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, выраженное в еще большей степени, чем до начала болезни. Избирательно относится к обследованию и лечению, стремится во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения трудовой деятельности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Эргопатический тип.*
2. *«Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются, во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.*

**Практическое задание № 12**

В онкологическую больницу поступил пациент с диагнозом рак желудка, 2 ст., с метастазами в брюшной полости. При сборе анамнестических данных, выяснено, что больной является очень общительным человеком, постоянно стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание медицинского персонала и больных. Выставлял напоказ свои страдания. Требует признания своей исключительности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Эгоцентрический тип отношения к болезни на фоне истероидной акцентуации характера.*
2. *«Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.*

**Практическое задание № 13**

Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Тревожный тип.*
2. *Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность - вследствие этой тревоги. Крайним проявлением этого типа является обсессивно-фобический вариант, при котором воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.*

**Практическое задание № 14**

Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Ипохондрический тип.*
2. *Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверие в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.*

**Практическое задание № 15**

В клинику скорой помощи поступил К., 42 лет, доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией, с острыми болями в эпигастральной области. Врачам быстро удалось купировать приступ. К. рассказал, что боли стали его беспокоить 2 месяца назад, но он не придавал им особого значения, поэтому не обращался к врачу, справлялся доступными способами сам. Однако стал читать специальную медицинскую литературу, пытался понять, что происходит.

После медицинского обследования К. поставили диагноз – язва желудка. Врач сказал, что необходимо оперативное вмешательство. Эту информацию К. воспринял спокойно, без каких-либо эмоциональных проявлений. Через 2 дня он стал аргументировано объяснять врачу, что сейчас не может себе позволить ложиться на операцию, лучше ее перенести, а в это время попробовать просто полечиться (об этом он читал в литературе).

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Это эргопатический тип реагирования пациента на болезнь.*
2. *Уход в работу, стремление продолжать работу во что бы то ни стало. Необходимо применить убеждение как метод психологического воздействия на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению. Важно, чтобы слова врача были понятны больному, следует избегать профессиональной терминологии. В качестве средств убеждения можно порекомендовать аргументацию, доказательство, обоснование, опровержение.*

**Практическое задание № 16**

Больные обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь. К какому типу психосоматических расстройств по М. Блейеру оно относится?
2. Дайте характеристику внутриличностного конфликта при этом заболевании.

***Ответ:***

1. *Гипертоническая болезнь*
2. *Характерен внутренний конфликт между нацеленностью личности на прямоту и честность в общении и вежливостью, учтивостью, тенденции к избеганию конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. Это заболевание относится к группе психосоматозов, т.е. к классическим психосоматическим расстройствам.*

**Практическое задание № 17**

Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Ф. Александер, у них выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы болезни развиваются при фрустрации этой потребности. Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта между желанием завоевывать доверие и страхом перед этим.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь?
2. Какие особенности личности могут способствовать возникновению заболевания?

***Ответ:***

1. *Бронхиальная астма.*
2. *Для преморбидной личности характерны низкая самооценка, снижение уровня социальных контактов, эмоциональные трудности, включающие проблемы энергии и самоуверенности.*

**Практическое задание№ 18**

Студент Л. медицинского университета, 22 лет, проходит обследование по поводу бронхиальной астмы. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 лет, приступы беспокоят 2-3 раза в год. Летом, как правило, приступов нет. Рос и воспитывался в неполной семье. Мать развелась с отцом, когда Л. было 4 года. Мать гипернормативная, гиперопекающая, работает участковым терапевтом.

***Вопросы:***

1. Охарактеризуйте с позиции биопсихосоциального подхода заболевание пациента.

2. Дайте характеристику семейной системы.

3. Дайте характеристику стилю воспитания в семье.

4.Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данному больному?

**Практическое задание№ 19**

Больная 37 лет поступила в стационар с жалобами на периодическое ухудшение состояния, особенно в вечерние и ночные часы или после психоэмоционального перенапряжения. При этом возникает боль и "замирание" в области сердца, ощущение "перебоев", чувство давления в области грудной клетки, головокружение, тошнота, слюнотечение, ощущение жара, потливость, повышенное выделение мочи.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. О каком варианте вегетативных кризов может идти речь?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Практическое задание№ 20**

Мальчик А., 5 лет был направлен на консультацию к психотерапевту по поводу энкопреза. Из анамнеза известно, что он был рожден вне брака, отца не знает, проживал все время вдвоем с матерью. Когда А. было 4 года, мать вышла замуж. Через несколько недель после этого у ребенка появились клинические признаки энкопреза. Мать встревожена этим, в течение года безуспешно пытается лечить ребенка у разных специалистов, ссорится с мужем, который крайне негативно воспринимает симптомы заболевания.

***Вопросы:***

1. Кто является идентифицированным пациентом?
2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данного пациента?
3. Назовите симптом семейной системы. Какую функцию он выполняет в данной семье?
4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данному больному?

**Практическое задание№ 21**

Больная 28 лет жалуется на периодически возникающие приступообразные ухудшения состояния, проявляющиеся учащением пульса, сухостью во рту, повышением АД, онемением и похолоданием конечностей, ознобом, обильным выделением бесцветной мочи.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. О каком варианте вегетативных кризов может идти речь?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Практическое задание№ 22**

Больная 37 лет старается подробно описать проявления своего заболевания, обращает внимание врача на состояние своего сердца, но затрудняется при описании характера боли в области сердца "…что-то расширяется, давит…". Выявлен плохой сон, утомляемость, тяжесть пробуждения, улучшение самочувствия во второй половине дня. В беседе женщина пессимистически оценивает свое прошлое и настоящее, будущее представляется ей бесперспективным.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматической природе заболевания у данной пациентки?

3.Охарактеризуйте с позиции биопсихосоциального подхода заболевание пациентки.

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Практическое задание№ 23**

Девушка 15-ти лет требует у родителей денег на проведение пластической операции по изменению формы носа - "громадного и уродливого", по ее мнению и "вполне милого", по мнению ее семьи и друзей.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. Какой интрапсихический конфликт может лежать в основе данных жалоб больной?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Практическое задание№ 24**

У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз наиболее вероятен ?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данной пациентки?

3. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Практическое задание№ 25**

Мать больной М., 2 мес предъявляет жалобы на периодически возникающее вздутие живота у ребенка, сопровождающееся криком, плачем, затруднением отхождения газов. Приступы повторяются 4-5 раз в неделю, не зависят от времени суток, продолжаются около 2-х часов. При этом наибольший эффект оказывает поглаживание матерью живота больной или ее покачивание в положении "под грудью". Семья проживает в 2-х комнатной квартире с родителями мужа. Муж приходит с работы поздно, часто по этому поводу вечером происходят конфликты.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз у больной М. наиболее вероятен ?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данной пациентки?

3. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данной семье?

**Практическое задание№ 26**

Врач просит лечащего врача сообщить ему сведения о прогнозе серьезного заболевания одного пожилого больного, живущего по соседству с ним и в настоящее время попавшего в больницу. При дальнейшем разговоре оказалось, что врач, просивший информацию, лично не знает этого больного, не лечит его, но его соседи настаивают, чтобы он узнал о состоянии больного, так как у них имеются определенные планы и притязания на его квартиру.

**Вопросы:**

1. Может ли лечащий врач сообщить коллеге интересующую его информацию?
2. Какой принцип нарушается?
3. Дайте определение этого принципа.

***Ответ:***

1. *Нет.*
2. *Будет нарушен принцип конфиденциальности в медицине.*
3. *Вся информация о болезни и личной и жизни пациента является врачебной тайной и не может разглашаться третьим лицам.*

**Практическое задание№ 27**

Метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Человек, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. К какому направлению психотерапии он относится?

***Ответ:***

1. *Это психодрама.*
2. *Относится к экзистенциально-гуманистическому (опытному) направлению психотерапии. Элементы П. входят в поведенческую психотерапию, социально-психологический тренинг, деловые игры.*

**Практическое задание№ 28**

Согласно концепции, лежащей в основе этого метода психотерапии, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие этапы он в себя включает?

***Ответ:***

1. *Трансактный анализ.*
2. *Трансактный анализ включает в себя:*

*1) структурный анализ — анализ структуры личности;*

*2) анализ трансакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми;*

*3) анализ психологических игр — скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);*

*4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.*

**Практическое задание№ 29**

В основе этого метода психотерапии лежит предположение о том, что человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. Большая часть «программы» не осознается и не предъявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие техники здесь используются?

***Ответ:***

1. *Нейролингвистическое программирование.*
2. *Применяются и описаны техники «взмаха» («свиста»), рефрейминга, «якоря», аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории и др.*

**Практическое задание № 30**

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Высказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживается. Бредовых идей не высказывает. Просит помочь.

Вопрос: зависимостью от каких средств (препаратов) страдает пациент: 1. Злоупотребление транквилизаторами 2. Кокаиновая наркомания 3. Злоупотребление седативно-снотворными средствами, барбитуратами 4. Морфинизм, опийная наркомания 5. Наркомания, вызванная препаратами из эфедрина.

Ответ: 4

**Практическое задание № 32**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спец.отряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Алкоголизм 4. Умственная отсталость 5. Реактивный психоз.Ответ: 3

**Практическое задание № 33**

Больной А., 19 лет, поступил в клинику днем в дремотном состоянии. Речь была невнятной, «смазанной». Реакция на внешние раздражители, в том числе и болевые, резко снижена. Зрачки сужены, АД 90/55. Тахикардия. Пульс нитевидный. Не помнил, как доставлен в клинику. К вечеру состояние резко изменилось. Появилось двигательное беспокойство. Жаловался на сильные боли в мышцах, непреодолимые головные боли. Появилось слезотечение, насморк, чихание, потливость, расширение зрачков. Температура поднялась до 39,5 С. АД 160/110. Пульс 102 уд. Отмечался большой судорожный припадок.

Вопрос: Какой наркотик был употреблен А.? 1. Кокаин 2. Каннабиоиды 3. Опиаты 4. Амфетамин 5. Циклодол

Ответ: 3

**Практическое задание № 34**

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Высказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых суждений не высказывает. Просит помочь.

Вопрос: Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома) и его продолжительности зависят от: 1. Вида наркомании 2. Темпа наркотизации 3. Употребляемых доз наркотика 4. Способа введения наркотика 5. Всего вышеперечисленного

Ответ: 5

**Практическое задание № 35**

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические при­падки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после кото­рого в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами. Больная описала свой припадок следую­щим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопрос: какие психопатологические феномены описаны в данном примере? 1. Насильственные стереотипные мысли 2. Чувство уже пережитого 3. Эпигастральная аура 4. Зрительные галлюцинации 5. Все вышеперечисленное

Ответ: 5

**Практическое задание № 36**

Больная Б., 1944 г. рождения, педагог. При обращении жалобы на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Из анамнеза жизни: бабка по линии отца «нервная», требовательная, эгоистичная; мать раздражительная, непоследовательная, но очень заботливая и внимательная к детям. Росла без отца. Помогала матери в воспитании младших сестер. Росла впечатлительной, мечтательной, восторженной. В школе занимала лидирующее положение среди сверстников, отличалась энергичностью и предприимчивостью. Окончила педагогический институт. К педагогической работе всегда относилась с увлечением. Замужем с 18 лет, привязанности к мужу, который старше на 8 лет, не было. Есть дочь и сын. По характеру самолюбивая, капризная: при малейшем «неповиновении» мужа отказывалась разговаривать с ним, устраивала «демонстративные заревы». Имела много подруг, однако быстро переходила от восторженности к неприязни. Впечатлительная, чувствительная, не терпит равнодушия к себе: «лучше пусть меня ненавидят, чем равнодушно обходят». Больна с 1989 г. после получения писем с предупреждением, что муж ей изменяет. Состоялось бурное объяснение с ним, но тот категорически отрицал неверность. На работе забывала о своих подозрениях, но дома красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх смерти. Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала, не выносила мужа. При волнении головокружение, слабость, чувство удушья, подергивания век, онемение кончика языка. Иногда появлялась паническая мысль о возможности заражения сифилисом, рисовались картины «мучительного разложения всего организма и обезображивания лица». С горечью говорила о потере жизненного тонуса, присущего ей юмора и оптимизма, желании нравиться.

Вопрос: назовите ведущий симптом: 1. Астенический 2. Ипохондрический 3. Вегетативных нарушений 4. Психического инфантилизма 5. Депрессивный.

Ответ: 4

**Практическое задание № 37**

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Вопрос: какой симптом указан неверно: 1. Бессонница 2. Тревога 3. Гипотимия 4. Лиссотофобия (страх сойти с ума) 5. Расстройства влечений.

Ответ: 5

**Практическое задание № 38**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спецотряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Онейроидный 2. Делириозный 3. Аментивный 4. Сумеречного помрачения сознания 5. Оглушение.

Ответ: 2

**Практическое задание № 39**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Ипохондрический 2. Обсессивно-фобический 3. Апато-абулический 4. Астенический 5. Кататонический.

Ответ: 2

**Практическое задание № 40**

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при неспокойном ночном сне и раздражительность. Отец по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. В школе был озорным, любил проказы, получал низкие оценки по поведению, но успевал хорошо. В семье мать командовала всеми, но предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение сына. Отец часто высказывал оскорбительные суждения сыну. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой. Затем последовали перевод на заочное отделение и работа в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась. За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывала на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос – в стадии оформления. Описанные жалобы развились за несколько месяцев до поступления. Психический статус: несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Психастенический 2. Фобический 3. Истерический 4. Маниакальный 5. Психоорганический.

Ответ: 1

**Практическое задание № 41**

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, является авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти же переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Фобический 3. Кататонический 4. Апато-абулический 5. Психоорганический.

Ответ: 2

**Практическое задание № 42**

Больная Б., 57 лет, пенсионерка. Впервые заболела в возрасте 38 лет. Начало болезни связано с длительным физическим и психическим напряжением. Появились сердцебиение, бессонница, страх смерти. В течение 7 лет работала на химическом заводе – просеивала соду от стекольного мусора. Когда больной было 54 года, тяжело болел муж, ухаживала за ним, несла большую нагрузку по дому и на садовом участке. Продолжала работать. Постоянно недосыпала, тревожилась о муже. В это время пережила испуг по поводу разбившегося на улице стекла. Появились опасения загрязнения стекольным мусором, которые вскоре приняли мучительный характер. В состоянии резко пониженного настроения с жалобами на упорные навязчивые страхи была помещена в психиатрическую больницу. Больная в течение 2 недель почти не вставала с постели, много плакала, жаловалась на постоянные навязчивые представления разбившейся посуды, свалок стекольного мусора. Если удавалось заснуть, то снилось «только стекло, горы разбитого стекла».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Истерический 2. Астенический 3. Фобический 4. Психоорганический 5. Маниакальный.

Ответ: 3

**Практическое задание № 43**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Церебрастенический 2. Ипохондрический 3. Обсессивно-фобический 4. Психопатоподобный 5. Синдром Корсакова.

Ответ: 1

**Практическое задание № 44**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: какой описан психопатологический синдром? 1. Астенический 2. Детских страхов 3. Детского аутизма 4. Псевдогаллюцинации 5. Синдром Жиль де Туретта

Ответ: 3

**Практическое задание № 45**

Больной К., 32 года, учитель географии. В анамнезе тяжелая черепно-мозговая травма. Обратился к врачу после конфликтной ситуации на работе с жалобой на периодические головные боли, которые усиливаются при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенной утомляемости. В последние годы стал плохо переносить жару, духоту, транспорт. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине дня наступает кратковременное улучшение состояния. Голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал очень раздражительным, несдержанным. Дома и на работе всё выводит из себя. Раздражает даже прикосновение к телу одежды. Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Депрессивный 2. Истерический 3. Церебрастенический 4. Апатический 5. Навязчивых состояний.

Ответ: 3

**Практическое задание № 46**

Больной О., 37 лет. Доставлен для судебно-психиатрической экспертизы в связи с совершенным им убийством. В течение 20 лет состоит на диспансерном наблюдении с диагнозом: эпилепсия. Лечение принимал нерегулярно, употреблял алкоголь, из-за чего часто случались эпилептические припадки. Периодически отмечаются снохождения, сумеречные состояния сознания, дисфорические реакции. О совершенном преступлении ничего не помнит, не верит, что он мог совершить убийство, каких-либо корыстных целей в его действиях следствие не обнаружило.

Вопрос: в каком состоянии вероятнее всего было совершено правонарушение? 1. В состоянии патологического аффекта 2. В состоянии простого алкогольного опьянения 3. В состоянии кататонического возбуждения 4. В сумеречном помрачении сознания 5. В сомнамбулическом состоянии.

Ответ: 4

**Практическое задание № 47**

Больной Т., 50 лет. На протяжении 30 лет злоупотребляет алкоголем, перенес несколько алкогольных делириев, после последнего из которых сформировались стойкие нарушения интеллектуально-мнестических функций. Не помнит о только что произошедших событиях, не знает, куда положил вещи, не может повторить имена людей, с которыми только что знакомился, при разговоре не помнит, о чем шла речь в начале беседы, при попытке к чтению быстро забывает содержание только что прочитанных страниц. На более отдаленные по времени события память явно не нарушена. При расспросе больного о том, что произошло накануне, реальных событий не припоминает, а вместо этого как будто фантазирует, например, будучи в закрытом отделении психиатрической больницы, говорит, что ездил домой повидать родных. Больной вообще плохо ориентируется во времени, не вполне понимает, где он находится, не всегда узнает своего лечащего врача и соседей по палате.

Вопрос: что лежит в основе нарушения поведения у данного больного? 1. Амнестическая дезориентировка 2. Антероградная амнезия 3. Псевдодеменция 4. Псевдореминисценции 5. Пресомноленция.

Ответ: 1

**Практическое задание № 48**

Больная М., пенсионерка. Однажды, 5 лет назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и ее детей. Появился страх, не могла находиться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение пяти лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стенки, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Она охотно соглашается, что голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. У больной в течение последних двух лет отмечается снижение памяти, слезливость, головные боли, быстрая утомляемость, поверхностный сон.

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Психического автоматизма 2. Паранойяльный 3. Параноидный 4. Вербального галлюциноза 5. Парафренный.

Ответ: 4

**Практическое задание № 49**

Больной А. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить» Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Откуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к двери к окнам. В беседе внимание на теме разговора сосредотачивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает с себя стряхивать что-то. Говорит, что стряхивает насекомых.

Вопрос: какой синдром обнаруживается у больного А.? 1. Онейроидный 2. Сумеречного помрачения сознания 3. Делириозный 4. Оглушение 5. Аментивный

Ответ: 3

**Практическое задание № 50**

Врач психиатр-нарколог приглашен в школу для проведения профилактического мероприятия со старшеклассниками. Оговорив все необходимые условия предварительно по телефону с заместителем директора по воспитательной работе, врач приготовился к проведению беседы-тренинга с небольшой – в 8-10 человек группой подростков с признаками девиантного поведения. Но, придя в школу, врач извещен о том, что «для него собрали как можно больше детей – школьников всех старших классов, более 120 человек». Врач отказался работать с такой аудиторией, фактически сорвав мероприятие и заявив, что ответственность за это несёт заместитель директора по воспитательной работе.

Вопросы:

1. Имел ли право врач отказываться от проведения фактически подготовленного мероприятия?
2. Несет ли на самом деле какую-либо ответственность за мероприятие по наркопрофилактике в школе кто-либо из администраторов?
3. Какие основания были у врача для отказа проводить мероприятие? Какие именно негативные последствия возможны были в случае проведения врачом «лекции» для 120 школьников?
4. Была ли возможность у врача избежать подобного инцидента и поступить как-либо иначе
* а) на этапе подготовки мероприятия;
* б) непосредственно при появлении его в школе?

**Практическое задание № 51**

Во время урока в девятом классе преподавательница географии обратила внимание на то, что один из учеников «ведёт себя странно: всё время почёсывается, суетится и позволяет себе бестактные реплики». Публично высказав предположение, что тот находится в состоянии одурманивания, преподавательница потребовала от ученика, чтобы он «сходил в наркологический кабинет - провериться и принести справку».

Вопросы:

1. Имеет ли право преподаватель общеобразовательного учреждения требовать от ученика справку о наличии состояния одурманивания?
2. Достаточно ли перечисленных признаков, чтобы предполагать у подростка состояние одурманивания?
3. Что именно обязан предпринять учитель школы при наличии несомненных признаков употребления подростком психоактивных веществ?
4. В каких случаях появление подростка в школе в состоянии одурманивания является экстремальной ситуацией, то есть требующей от педагога неотложных действий и приостановления его основных запланированных дел?

**Практическое задание № 52**

Врач психиатр-нарколог получает телефонное сообщение о готовящемся мероприятии с его предположительным участием – районная комиссия по делам несовершеннолетних с помощью инспекции по профилактике правонарушений РОВД приглашает большую группу (до 70 человек) молодых людей от 17 до 25 лет, ранее привлекавшихся к административной ответственности за правонарушения, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков. Врачу предлагается «выступить с лекцией о вреде алкоголя и наркотиков, чтобы все приглашенные прекратили злоупотребление и взялись за ум» (со слов одного из организаторов мероприятия).

Вопросы:

1. Может ли быть сколько-нибудь эффективным подобное мероприятие, что именно антипрофилактичного может заключаться в такой работе?
2. Стоит ли отказаться врачу от участия в этом мероприятии, фактически сорвав его (в очередной раз…), учитывая, что до него есть ещё время – около недели?
3. Зная о том, что подобные мероприятия планируют и организовывают чиновники, то есть люди имеющие право чего-то не знать из особенностей наркопрофилактики, имеет ли врач права и возможности донести до них необходимые знания?
4. В случае, если на этапе подготовки донести нужную информацию до организаторов не удается, какой подход и какие методики врач может применить, дабы максимально снизив антипрофилактичный эффект, добиться цели?

**Практическое задание № 53**

К врачу психиатру-наркологу обратилась мать подростка 13 лет с просьбой «закодировать его от алкоголизма для профилактики». В беседе с ней врач выяснил, что признаков злоупотребления психоактивными веществами у подростка нет, но отец ребёнка, а так же оба деда злоупотребляли алкоголем, сам подросток перенес менингит в 6 лет и два года назад получил черепно-мозговую травму.

Вопросы:

1. Выяснив, что показаний для лечения наркологического заболевания у подростка нет, можно ли считать оправданным беспокойство матери ?
2. Меры первичной, вторичной или третичной наркопрофилактики в данном случае должны применяться?
3. Какая модель наркопрофилактики преимущественно должна применяться в отношении этого подростка?
4. Учитывая, что в основе метода «кодирования» А.Р.Довженко, как и в понимании этого термина большей частью населения является запрет, для данного подростка, зная, что ему 13 лет, можно ли применять запретительно-предупредительные профилактические методики?

**Практическое задание № 54**

Во время школьной дискотеки группа старшеклассников после распития спиртных напитков спровоцировала массовую драку с гостями, приглашенными из соседнего кадетского корпуса. Ответственный дежурный педагог безуспешно пыталась дозвониться до наркологического кабинета и инспекции по делам несовершеннолетних. За это время другие школьники успели разнять дерущихся и развести их по домам.

Вопросы:

1. Оправдан ли вызов нарколога в школу в случае массового употребления алкоголя подростками?
2. Как должен поступать дежурный педагог в подобных случаях?
3. С какой целью и когда должен привлекаться врач нарколог в данном случае?
4. Чем, кроме травм и несчастных случаев может осложниться употребление - особенно групповое и массовое – психоактивных веществ подростками во время досуговых мероприятий в школе?

**Практическое задание № 55**

К врачу психиатру-наркологу обратилась социальный педагог с просьбой помочь ей организовать лекции-экскурсии в анатомический музей всех классов её школы для профилактики курения и употребления алкоголя. Подобную идею ей предложили коллеги, узнав о том, что «вид анатомических препаратов производит на детей и подростков большое впечатление».

Вопросы:

1. Надо ли наркологу участвовать в организации подобного мероприятия именно для всех школьников?
2. Какие профилактические подходы и методики применимы и сколько-нибудь эффективны во время подобных экскурсий?
3. Для каких лиц и возрастных групп такие мероприятия неэффективны и даже противопоказаны?
4. Что нужно учитывать, кроме возраста и особенностей характера подростков при планировании подобных мероприятий?

**Практическое задание № 56**

Врач психиатр-нарколог приглашен в закрепленную за ним общеобразовательную школу для проведения профилактического мероприятия по плану, после предварительной договоренности о деталях по телефону с социальным педагогом. Для работы ему выделили отдельную учебную комнату и пригласили туда несколько подростков – шесть человек, мальчиков, учащихся десятых и одиннадцатых классов, ранее неоднократно замеченных в употреблении психоактивных веществ и привлекавшихся к административной ответственности за антиобщественные действия.

Вопросы:

1. Может ли врач строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики?
2. Насколько могут быть эффективными предупредительно-запретительные методики профилактической работы с данной группой подростков?
3. Какие действия должен предпринять врач для отслеживания эффективности своей профилактической работы с каждым из этих подростков?
4. Обязан ли врач психиатр-нарколог требовать согласия родителей подростков, замеченных в употреблении психоактивных веществ для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения?

**Практическое задание № 57**

Врач психиатр-нарколог приглашен в общеобразовательную школу для выступления перед родителями учащихся на общешкольном родительском собрании. Не имея достаточного опыта публичных выступлений и волнуясь, врач воспользовался заранее приготовленным текстом с тезисами своего выступления. Через несколько минут после начала его выступления в аудитории стали раздаваться возмущенные реплики различного содержания – от обвинения правительства («до чего страну довели»), до замечаний самому выступающему («готовиться надо было»). Фактически, лектору пришлось свернуть свое выступление раньше времени, не закончив мысль, в гуле возмущений.

Вопросы:

1. На каком этапе врач допустил ошибку – а) на этапе подготовки, согласившись выступать на общешкольном родительском собрании; б) не приготовившись достаточно хорошо, чтобы выступить без тезисов; в) во время выступления – не став отвечать на первые же реплики из зала?
2. Какой характер выступлений и в каких временных рамках профилактическая работа с родителями учащихся в условиях массовой аудитории может быть приемлемой?
3. Какие этапы переживает общество в отношении к наркологическим проблемам во время резкого роста заболеваемости наркоманией?
4. Каковы особенности подготовки профилактических мероприятий с родителями учащихся средних и старших классов?

**Практическое задание № 58**

Во время планового семинара с педагогами общеобразовательной школы врач психиатр-нарколог узнает об использовании некоторыми классными руководителями такой формы профилактической работы как «политинформация» в виде коллективного чтения газетных публикаций на темы о наркотиках и наркоманиях, причем, зачастую – без последующего обсуждения. «Ведь это же печатают в центральной прессе!» недоумевали педагоги на замечание врача.

Вопросы:

1. Что такое «профилактический материал» и в чем его отличие от публицистического или познавательного?
2. Перечислите основные требования к профилактическому материалу.
3. Может ли работа известных и уважаемых публицистов содержать в себе элементы антипрофилактичные и даже наркопропаганду? Возможно ли использование – осознанно или неосознанно – достоверных данных из медицинской специальной литературы как наркопропаганды?
4. Какова роль дальнейшего обсуждения после просмотра или зачитывания какого-либо профилактического материала?

**Практическое задание № 59**

Врач психиатр-нарколог на заседании городской комиссии по делам несовершеннолетних поднял вопрос о нецелесообразности проведения и организации кинолекториев в кинотеатрах с выступлениями врачей и последующим просмотром художественных фильмов «о наркоманах». Акция была предложена кинообъединением города, с акцентом на аргумент по поводу «накопления богатого материала о наркоманах и наркотиках».

Вопросы:

1. Какова на самом деле опасность проведения подобных массовых кинолекториев?
2. В чем именно состоит разница между целями хорошей режиссерской или журналистской работы и целями наркопрофилактики?
3. Возможно ли совпадение этих целей и отсутствие ореола романтики в художественном фильме «о наркомании»? Приведите примеры.
4. Какое звено является основным с точки зрения наркопрофилактики – непосредственно сам просмотр, комментарии специалиста или что-то ещё (обсуждение в группе, с педагогом, дискуссия и т.п.)?

**Практическое задание № 60**

Группа врачей психиатров-наркологов приглашена на конкурс самодеятельного творчества учащихся в общеобразовательную школу. На конкурсе предлагалось рассмотреть различные формы работы – от рисунков и карикатур, до рефератов, частушек, эстрадных миниатюр и видеосюжетов. Несколько педагогов, занимаясь подготовкой этого мероприятия в течение нескольких месяцев специально уделяли внимание побуждению самостоятельной активности и инициативы учащихся. По утверждению социального педагога школы, недавно прошедшей обучение основам первичной позитивной наркопрофилактики, во время подготовки мероприятия обязательно учитывались все аспекты возрастной психологии и принцип «не навреди».

Вопросы:

1. В чем преимущества и в чем опасности организованных мероприятий по наркопрофилактике и стихийного спонтанного творчества детей и подростков?
2. Насколько оправдана уверенность педагогов в соблюдении принципа «не навреди» при наличии конкурса частушек и карикатур?
3. Должна ли ограничиться деятельность врачей наркологов в данном мероприятии как «экспертно-судейская», или им стоит предложить внести изменения в планы, предложив свои услуги дополнительно? Если да – то какие именно?
4. Стоит ли предлагать педагогам отменить мероприятие как привлекающее внимание к алкоголю и наркотикам?

**Практическое задание № 61**

В городской комиссии по делам несовершеннолетних врачом психиатром-наркологом было внесено предложение об организации обучающих семинаров для педагогов общеобразовательных школ по вопросам наркопрофилактики с участием местных наркологов и преподавателей медицинской академии. Представитель управления образования высказал сомнения по поводу целесообразности таких семинаров, аргументировав это тем, что большинство педагогов уже прошли обучение по данным вопросам по линии Министерства Образования на выездных циклах. Врач продолжает настаивать на необходимости предлагаемых им семинаров, указав на отсутствие знаний и навыков у педагогов по оказанию первой медицинской помощи и поведению в экстремальных ситуациях, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Вопросы:

1. Обязан ли педагог общеобразовательной школы обладать знаниями и навыками медицинского характера по темам наркологии и неотложной медицинской помощи в условиях большого города?
2. Что такое экстремальные ситуации, связанные с употреблением психоактивных веществ и в чем их отличие?
3. Стоит ли на самом деле включать темы оказания первой доврачебной помощи и другие медицинские знания в программы обучения педагогов основам наркопрофилактики? Перечислите и взвесьте все аргументы «за» и «против».
4. Учитывая условия разделения полномочий медицинских и педагогических работников в сфере наркопрофилактики, определите общее поле ответственности и сотрудничества представителей разных ведомств.

**Практическое задание № 62**

На занятие с подростками из группы риска приглашен врач из наркологического диспансера. Врач психиатр-нарколог имеет также сертификат психотерапевта, но опыта работы с подростками у него практически нет. Несмотря на предложение провести интенсивный тренинг и применить глубокие интервенции, как он умеет это делать в отделении реабилитации со взрослыми наркологическими больными, врач ограничился лишь профилактической беседой с применением групповой дискуссии и обратной связи.

Вопросы:

1. Почему психотерапевт отказался от применения интенсивных психотерапевтических методик со школьниками?
2. Какие могут быть противопоказания к применению некоторых психотерапевтических методов во время профилактических мероприятий в школе?
3. Могут ли быть негативные последствия применения психотерапевтических методик и приемов во время профилактических мероприятий среди школьников?
4. В каких случаях применение методов психотерапии в рамках наркопрофилактики оправдано и эффективно?

**Практическое задание № 63**

В психологическую лабораторию наркологического диспансера по заданию администрации школы обратилась школьный психолог с целью приобретения специальных диагностических тестов, позволяющих «определить и выявить всех наркоманов в школе». С её слов, в школе уже предусмотрен план «дифференцированной профилактической работы - с благополучными учащимися и аргументированного избавления от девиантных».

Вопросы:

1. Может ли какое-либо психологическое диагностическое исследование быть основой для наркологического или психиатрического диагноза?
2. Вправе ли администрация общеобразовательного учреждения исключать учащегося из школы за употребление психоактивных веществ, тем более на основании психологического тестирования?
3. Какова на самом деле роль школьного психолога в наркопрофилактике и каковы возможности диагностических психологических исследований?
4. Целесообразно ли сотрудничество школьных психологов со специалистами из наркологического диспансера? Если да – то в каких вопросах и при каком разделении полномочий?

**Практическое задание № 64**

При проведении планового мониторинга наркоситуации в образовательных учреждениях города в рамках городской программы профилактики наркомании, токсикомании и алкоголизма среди несовершеннолетних, утвержденной Областным Советом по наркопрофилактике, директор школы потребовала от психологов наркологического диспансера, проводивших исследование поименных списков учащихся, предрасположенных к злоупотреблению психоактивными веществами. В противном случае она грозит запретить проведение исследования в своей школе.

Вопросы:

1. Имеет ли право директор школы ставить подобные условия специалистам наркологического диспансера и требовать поименные списки школьников из группы риска?
2. Какие реальные цели и задачи такого мониторинга?
3. Целесообразно ли проведение таких исследований анонимно, с указанием лишь возраста, пола и номера школы, где учится подросток?
4. Какие признаки усиливают и какие – значительно уменьшают достоверность психологических исследований в рамках такого мониторинга?

**Практическое задание № 65**

Во время плановой встречи с администрацией закрепленной школы и представителями родительского актива врачу психиатру-наркологу задали вопрос о том как можно помочь детям из семей, где родители злоупотребляют алкоголем и наркотиками, отказываются являться в школу на родительские собрания, а порой даже склоняют собственных детей и их сверстников к антиобщественным действиям и употреблению психоактивных веществ. Попытки представителей родительского актива и классных руководителей воздействовать на таких родителей натыкались на заявления типа «не имеете права, вы не милиция и не суд» и т.п.

Вопросы:

1. Если заданный вопрос не медицинского характера, обязан ли врач принимать участие в его решении?
2. Каковы реальные возможности комиссий по делам несовершеннолетних в решении подобных вопросов?
3. Участие представителей каких структур, кроме медицинских работников (не только наркологов) и педагогов необходимо для решения вопросов, указанных в задаче?
4. Нужно ли врачу наркологу работать с таким контингентом, как родительский актив, учитывая, что это, как правило, благополучные во всех вопросах родители благополучных детей? Если да – то в каких вопросах?

**Вопросы для проверки практических знаний и умений**

1. Зарождение, становление и современное состояние клинической психологии
2. Смежные специальности клинической психологии: нейро- и психофизиология, функциональная анатомия головного мозга, психиатрия, неврология
3. Цели и задачи клинической психологии
4. Проблема нормы и патологии в клинической психологии
5. Предмет и содержание областей клинической психологии
6. Биопсихосоциальная парадигма в клинической психологии
7. Проблема адаптации и здоровья человека
8. Проблема личности в клинической психологии
9. Проблема сознательного и бессознательного
10. Клиническая психология в аддиктологии
11. Патопсихологический метод
12. Предмет патопсихологии
13. Методы наблюдений и интервью в клинической психологии
14. Проективные методы исследования
15. Психические процессы, состояния, свойства и их расстройства
16. Поведенческие паттерны и их расстройства
17. Классификация психических расстройств
18. Значение патопсихологических исследований при отдельных видах психических расстройств
19. Нейропсихологический метод
20. Предмет нейропсихологии
21. Методология нейропсихологического исследования А.Р.Лурии
22. Типы (виды) современной нейропсихологии
23. Нарушения психологического развития
24. Типы психического дизонтогенеза
25. Объекты и предметы исследования в нейропсихологии
26. Клинико-психологический метод
27. Задачи клинической психологии в суицидологи
28. Методы воздействия в клинической психологии (ПК, ПТ, ПК)
29. Методы психогигиены.Методы психопрофилактики
30. Понятие отклоняющегося поведения
31. Понятие дезадаптации
32. Понятие акцентуации личности
33. Критерии расстройств психотического регистра
34. Критерии расстройств допсихотического регистра
35. Концепция психосоматики и психосоматические расстройства и болезни
36. Особенности оказания психологической помощи в кризисных ситуациях
37. Особенности оказания психологической помощи в стрессовых ситуациях
38. Проблемно-ориентированное консультирование, развивающее консультирование
39. Психотерапия, психокоррекции и консультирование. Понятия и виды
40. Основные научные направления психотерапии. Критерии эффективности ПТ
41. Правовые и законодательные основы деятельности клинического психолога
42. Структура психиатрической, наркологической, психотерапевтической и психологической помощи населению России и роль в ней клинической психологии
43. Экспертные задачи, решаемые в клинической психологии
44. Задачи клинической психологии в соматических клиниках
45. Задачи клинической психологии в оказании помощи детям в сфере образования. Проблемы девиантного поведения
46. Задачи клинической психологии в сфере социальной защиты, в спорте, в семье, в сфере УИН
47. Задачи клинической психологии в сфере оказания помощи при чрезвычайных ситуациях
48. Экспертная работа клинического психолога
49. Психотерапия как основной метод в комплексе лечения соматических расстройств психогенного происхождения
50. Гипнотерапия
51. Эмоционально-стрессовая психотерапия
52. Рациональная психотерапия
53. Аутогенная тренировка
54. Семейная психотерапия
55. Групповая психотерапия
56. Поведенческая психотерапия
57. Психоаналитическая психотерапия
58. Другие модальности (методы) психотерапии
59. Гипнотерапия, АТ
60. Косвенная психотерапия
61. Лекарственная болезнь. Клиника. Этиология, патогенез
62. Формы реакции больных на предстоящую операцию
63. Психотерапевтическое обезболивание и его возможности
64. Личностные реакции больных на травмы и ампутации
65. «Внутренняя картина болезни» онкологических больных
66. Психологическая защита
67. Суггестия
68. Имаготерапия
69. Гипнотерапия по К. И. Платонову
70. Рациональная и коллективная психотерапия по И.З. Вельвовскому
71. Сексология и сексопатология. Связь сексологии с другими медицинскими и иными дисциплинами
72. Базовые определения в сексологии и сексопатологии. Краткая история
73. Биологические аспекты сексопатологии. Половой инстинкт. Составляющие копулятивного цикла. Нейрогуморальная составляющая. Психическая составляющая. Эрекционная составляющая. Эякуляторная составляющая
74. Принципы структурного психотерапевтического диагноза
75. Сексуальная гармония и дисгармония. Сексуальные расстройства у мужчин и их лечение. Феноменология. Методы исследования
76. Этиология, патогенез, клиника сексуальных нарушений
77. Сексуальные расстройства у женщин. Классификация. Этиология, патогенез. Фригидность. Вагинизм (клиника, лечение). Гениталгии. Другие нарушения. Профилактика сексуальных нарушений у мужчин и женщин. Гигиена половой жизни.
78. Роль психопрофилактики, психотерапии при сексуальных нарушениях. Семейная психотерапия
79. Организация сексологической помощи
80. Опыт работы службы семьи и брака
81. Психотерапия в клинике внутренних болезней
82. Психотерапия неврозоподобных расстройств при гипертонической болезни
83. Психотерапия в комплексе лечебных мероприятий
84. Психотерапия неврозоподобных расстройств при гипотонической болезни
85. Психотерапия неврозоподобных нарушений при общем атеросклерозе
86. Психотерапия при ишемической болезни сердца
87. Психотерапия на этапах реабилитации после инфаркта миокарда
88. Психотерапия при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта
89. Психотерапия при сахарном диабете
90. Психосоматические соотношения
91. Гипнопсихотерапия
92. Психосоматическая проблема. История и значение этой проблемы
93. Анализ зарубежных психосоматических концепций
94. Понятие «психосоматического» и «кортико-висцерального». Психовегетативный синдром
95. Нейродистрофический синдром – основа понимания психосоматических расстройств
96. Роль психологических и социально-психологических факторов в происхождении и течении соматических заболеваний
97. Психологические факторы компенсации болезни
98. Проблемы «специфичности» вегетативных реакций на значимый стимул
99. Соматофорные расстройства
100. Клиника соматических расстройств психогенной этиологии
101. Психогенные нарушения нервной системы (тремор, спазм)
102. Психогенная астма. Психогенный кашель
103. Сердечно-сосудистый стресс-синдром. Нейроциркуляторная астения
104. Психогенные нарушения системы кровообращения
105. Психогенные нарушения желудочно-кишечного тракта
106. Психогенные нарушения мочеполовой системы
107. Психогенные нарушения эндокринной системы
108. Психогенные нарушения органов чувств
109. Методы психотерапии в комплексе лечения
110. Психотерапия в комплексе лечения аллергических заболеваний кожи
111. Психотерапия при нейродермитах. Этиология, патогенез. Клиника
112. Психотерапия в комплексе лечения кожных заболеваний
113. Психотерапия в косметологии
114. Психотерапия в хирургии
115. Психотерапия в пред- и послеоперационный период
116. Психотерапия в комплексе лечения бронхиальной астмы
117. Психотерапия при адаптации больных к протезам. Купирование фантомных болей
118. Психотерапия при купировании болевого синдрома
119. Психотерапия в стоматологии
120. Психотерапия в онкологии
121. Психотерапия в анестезиологии
122. Психотерапия в акушерстве и гинекологии
123. Психотерапия в период беременности
124. Психотерапия при токсикозах первой половины беременности
125. Психотерапия при токсикозах второй половины беременности
126. Психопрофилактическая подготовка к родам
127. Психотерапия нарушений сексуальной сферы
128. Психогигиена и психопрофилактика
129. Психопрофилактика в школе и ПТУ
130. Роль кабинетов профилактики наркологических диспансеров
131. Организации анонимных алкоголиков
132. Алкогольная позиция больного хроническим алкоголизмом и ее значение в профилактике и психотерапии алкоголизма
133. Формирование мотива трезвенничества – главная цель при лечении алкоголизма
134. Определение понятий «наркомания» и «зависимость», токсикомания
135. Роль социального фактора в возникновении наркомании
136. Система организации наркологической службы в Российской Федерации
137. Преемственность в работе наркологических учреждений
138. Диагностика причин и патогенеза психических расстройств у наркобольных
139. Психологическое консультирование в наркологии
140. Клиника алкоголизма. Определение понятия «алкоголизм»
141. Медицинские и социально-правовые вопросы
142. Алкогольная интоксикация. Простое алкогольное опьянение, его виды и экспертиза
143. Патологическое опьянение и его формы (эпилептоидная и параноидная). Судебно-психиатрическая экспертиза
144. Эпизодическое злоупотребление алкоголем. Привычное злоупотребление алкоголем
145. Определение понятия «хроническая алкогольная интоксикация» и «хронический алкоголизм»
146. История изучения алкоголизма. Этиология и патогенез алкоголизма
147. Этапы развития и типы течения хронического алкоголизма. Ремиссии и рецидивы
148. Патологическое влечение к алкоголю. Потеря контроля в употреблении алкоголя
149. Начальные проявления психических расстройств в связи с хроническим злоупотреблением алкоголем
150. Абстинентный похмельный синдром и его варианты
151. Типы изменения личности при хроническом алкоголизме (астенический, эксплозивный, истерический, шизоидный, синтонный, дистимический)
152. Алкогольная деградация личности
153. Изменение толерантности. Изменение характера запоев
154. Алкогольные полимпсесты. Амнестический синдром
155. Динамика соматических расстройств при алкоголизме
156. Особенности течения алкоголизма у женщин, у лиц пожилого возраста и подростков
157. Особенности алкоголизма в детском и юношеском возрасте
158. Психотерапия алкоголизма
159. Индивидуальные методы психотерапии алкоголизма
160. Коллективное и групповое лечение алкоголизма
161. Гипносуггестия алкоголизма
162. Эмоционально-стрессовая методика коллективной гипнотерапии алкоголизма (В.Е. Рожнов)
163. Рациональная (П. Дюбуа) и разъяснительная (В.М. Бехтерев) психотерапия в системе лечения алкоголизма
164. Сочетание разъяснения, внушения и самовнушения в системе лечения больных алкоголизмом
165. Эмоционально-стрессовая психотерапия в духе увлеченности. Антиалкогольный клуб
166. Современные направления в лечении алкоголизма (трансперсональная терапия, трансактный анализ и др.)
167. Место психоанализа при лечении алкоголизма
168. Семейная психотерапия при алкоголизме
169. Медикаментозное лечение больных алкоголизмом и психотерапия
170. Психотерапия наркомании и токсикомании
171. Клиника острого отравления наркотиками
172. Классификация наркомании
173. Рациональная психотерапия в наркологии
174. Косвенная психотерапия в наркологии
175. Групповая психотерапия в наркологии
176. Поведенческая психотерапия в наркологии
177. Определение понятия «токсикомания». Лекарственные вещества с морфиноподобным эффектом, с успокаивающим, седативным или гипнотическим эффектом
178. «Ингаляционная» токсикомания
179. Основные принципы лечения токсикомании
180. Психотерапия в комплексном лечении токсикомании
181. Аутогенная тренировка в наркологии
182. Гипносуггестивная психотерапия в наркологии
183. Эмоционально-стрессовая психотерапия в наркологии
184. Психотерапия в комплексном лечении табакокурения и никотиновой зависимости
185. Экспертиза лиц, страдающих токсикоманией
186. Игровая зависимость – лудомания, гэмблинг, интернет-аддикция
187. Определение понятия игровая зависимость
188. Классификация игровой зависимости
189. Стадии развития игровой зависимости, развития фаз
190. Психотерапия игровой зависимости
191. Медикаментозное лечение игровой зависимости
192. Интернет зависимость – история вопроса
193. Классификация интернет зависимости
194. Психотерапевтическое и медикаментозное лечение интернет зависимости

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра **психиатрии и наркологии**

направление подготовки (специальность) **31.08.22 Психотерапия**

практика **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПО ПСИХОТЕРАПИИ**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.** Психотерапия как основной метод в комплексе лечения соматических расстройств психогенного происхождения

**II.** Принципы структурного психотерапевтического диагноза

**III**. Практическое задание№35

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

*(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дидактические материалы. Перечисляются нормативные- правовые документы, справочная литература, наглядные средства обучения, таблицы, схемы и т.д., которыми может пользоваться обучающийся на промежуточной аттестации)*

**Нормативно-правовые документы:**

1. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: клиническое руководство/Под.ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича.- М., 1999. – 224с.
2. Программа тестовых заданий для сдачи экзамена на сертификат специалиста по психотерапии / Под ред. В.А. Ташлыкова. – СПб., 1998. – 261 с.
3. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи
4. Гражданский Кодекс РФ, статьи – 20-40
5. Гражданский процессуальный кодекс, глава 55
6. Уголовный Кодекс РФ, гл.15 Принудительные меры медицинского характера
7. Основы законодательства РФ Об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1
8. Закон РФ от 2 июля 1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»
9. Федеральный закон от 8 января 1998г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»
10. Федеральный закон от 21 декабря 1994г. №68
11. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»
12. Приказ Минздрава России от 17.05.2012г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;
13. Приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
14. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1226н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при депрессиях (ремиссии) в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
15. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1219н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при депрессиях легкой и средней степени тяжести и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
16. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1216н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
17. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1466н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, органических (аффективных) расстройствах настроения»;
18. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1232н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, социальных фобиях»;
19. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1227н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, обсессивно-компульсивном расстройстве»;
20. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1234н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве»;
21. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 800н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при специфических расстройствах личности»;
22. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1443н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ»;
23. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1131н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте».
24. Приказ Минздрава России от 16 сентября 2003 г. N 438 О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ в целях реализации Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, N 33, ст. 1913) и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами:

1.1. Положение об организации деятельности врача-психотерапевта (Приложение N 1).

1.2. Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (Приложение N 2).

1.3. Положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (Приложение N 3).

1.4. Положение об организации деятельности психотерапевтического кабинета (Приложение N 4).

1.5. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета (Приложение N 5).

1.6. Перечень оборудования психотерапевтического кабинета (примерный) (Приложение N 6).

1.7. Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения (Приложение N 7).

1.8. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического отделения (Приложение N 8).

1.9. Перечень оборудования психотерапевтического отделения (примерный) (Приложение N 9).

1.10. Положение об организации деятельности психотерапевтического центра (Приложение N 10).

1.11. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического центра (Приложение N 11).

1.12. Перечень оборудования психотерапевтического центра (примерный) (Приложение N 12).

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

*(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дополнительное оборудование. Приводится список оборудования, используемого при проведении промежуточной аттестации)*

**Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | **УК -1:** готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Уметь** на основе изученных теоретических концепций личности в условиях клинической практики производить оценку роли психологических и социальных факторов в возникновении психогенного расстройства, владеть практическими навыками определения целей, задач и мишеней психотерапии, разработки индивидуальной психотерапевтической программы психотерапии пациента с невротическим состоянием. | Вопросы № 1-3,9,10-18 |
| **Владеть** основными классификационными критериями теорий личности, принципами анализа личности конкретного пациента, способами анализа и изучения причин возникновения психогенных расстройств, методами анализа и оценки возникновения невротического расстройства в рамках ведущих концепций психотерапии. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** оказания экстренной неотложной помощи при психогенных расстройствах. | Практические задания №1-65 |
|  | **УК-2:** готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этические, конфессиональные и культурыные различия | **Уметь** в условиях внебольничной практики производить оценку роли социальных (социально-стрессовых, социально-психологических) факторов в возникновении психогенного расстройства и психотерапии. | Вопросы № 40-43,83,130-131,133,136,137,141 |
| **Владеть** основными понятиями и теориями психотравмирующего воздействия, стрессовых и невротических расстройств. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** организации оказания экстренной и неотложной помощи в экстремальных ситуациях. | Практические задания №1-65 |
|  | **УК-3:** готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке госудраственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; | **Уметь** в условиях внебольничной практики создать организационные условия для проведения суггестивной психотерапии, организовать начало психотерапевтического процесса, провести первичное интервью пациента, заключить контракт на проведение суггестивной психотерапии, разработать стратегию проведения, проводить суггестивную психотерапию в условиях внебольничной практики. | Вопросы № 40-43,83,130-131,133,136,137,141 |
| **Владеть** основными навыками проведения суггестивной психотерапии, организации процесса психотерапии, создания терапевтического контракта, постановки целей и задач суггестивной психотерапии; принципами оценки эффективности психотерапевтического процесса при проведении суггестивной психотерапии. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** проведения семинаров и тренингов для специалистов среднего и высшего медицинского образования по вопросам оказания психотерапевтической помощи в экстремальных ситуациях. | Практические задания №1-65 |
|  | **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; | **Уметь** определять склонность, предрасположенность, предвестники, начальные признаки и оказывать учреждающую помощь по поводу кризисных расстройств, обеспечить своевременность лечения в амбулаторных или стационарных условиях. | Вопросы № 24-27 |
| **Владеть** навыками оказания помощи по поводу кризисных расстройств и обеспечение своевременности лечения в амбулаторных или стационарных условиях. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи по поводу кризисных расстройств. | Практические задания №1-65 |
|  | **ПК-2:** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения | **Уметь** проводить социально-психологические и медико-статистические исследования по проблемам суицидологи, стрессовых, дезадаптивных и других кризисных расстройств и разрабатывать рекомендации по их профилактике. | Вопросы № 24-32, 45,46,97, 128-131 |
| **Владеть** навыками раннего выявления признаков стрессовых, дезадаптивных и других кризисных расстройств (в том числе с депрессивными проявлениями) и проведения мер профилактики суицидального поведения. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи в стрессовых, кризисных ситуациях. | Практические задания №1-65 |
|  | **ПК-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; | **Уметь** в условиях внебольничной практики и в клинике распознавать стрессовые и кризисные расстройства, оценивать их причину и прогноз, диагностировать типологию личностного кризиса, адаптивный потенциал личности и мотивы больного. | Вопросы № 33-35, 38,39, 48-96, 98-127, 132-194 |
| **Владеть** навыками оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. | Практические задания №1-65 |
|  | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Уметь** создать организационные условия для кризисной психотерапии, установить контакт с пациентом, начать психотерапевтический процесс, разработать тактику и стратегию его лечения. | Вопросы № 33-35, 38,39, 48-96, 98-127, 132-194 |
| **Владеть** алгоритмом психотерапевтическихнавыков оказания помощи пациентам в кризисных ситуациях, алгоритмом неотложной и последующей психофармакотерапией. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** оказания психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в кризисных ситуациях. | Практические задания №1-65 |
|  | **ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации; | **Уметь** определять чрезвычайный характер тех или иных событий, характер и степень угрозы и быть готовым к оказанию поддержки и помощи нуждающимся; диагностировать тяжесть стрессового воздействия и глубину стрессового состояния пострадавших; включиться в прямое оказание лечебной помощи нуждающимся. | Вопросы № 36,37,47,63,65 |
| **Владеть** психотерапевтическими навыками оказания поддержки и помощи пострадавшим, в том числе с использованием неотложной психофармакотерапией. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** оказания поддержки и помощи пострадавшим, в чрезвычайных ситуациях. | Практические задания №1-65 |
|  | **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | **Уметь** организовать и направлять психотерапевтически-реабилитационным процесс, проводить личностно-реконструктивную и восстановительную психотерапию, повышать адаптивный потенциал и тренировать механизмы совладающего поведения. | Вопросы № 33-35, 38,39, 48-96, 98-127, 132-194 |
| **Владеть** навыками проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапией с целью реабилитации. | Практические задания №1-65 |
| **Иметь практический опыт** проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапии с целью реабилитации. | Практические задания №1-65 |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)