

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Смоленский государственный университет»

Кафедра общей психологии

«Утверждаю»
Проректор по учебно-
методической работе
Ю.А. Устименко
«16» июня 2022 г.

Рабочая программа дисциплины
Б1.В.02.04 Групповые формы работы при неврозах

Направление подготовки: 37.04.01 Психология

Направленность (профиль): Психологическое консультирование

Форма обучения – очно-заочная

Курс – 2

Семестр – 5

Всего зачетных единиц – 2, часов – 72

Форма отчетности: зачет – 5 семестр

Программу разработал:

кандидат психологических наук, доцент Матюшина М.С.

Одобрена на заседании кафедры общей психологии
« 9 » июня 2022 года, протокол №11

Смоленск
2022

1. Место дисциплины в структуре ОП

Учебная дисциплина Б1.В.02.04 «Групповые формы работы при неврозах» входит в состав части, формируемой участниками образовательных отношений ОП по направлению подготовки 37.04.01 Психология, программы магистратуры «Психологическое консультирование» и осваивается студентами в соответствии с учебным планом и графиком учебного процесса: на 2 курсе в 5 семестре.

В ходе освоения дисциплины актуализируются и углубляются знания, полученные студентами в процессе предшествующего изучения дисциплин «Общие вопросы психологии», «Качественные и количественные методы исследования в психологии», «Практика психологической помощи», «Основы психотерапии» с которыми данная дисциплина логически взаимосвязана.

Главной целью освоения учебной дисциплины «Групповые формы работы при неврозах» является формирование у обучающийся системы знаний о проблемах, механизмах феномена невроза как явления психической жизни, а также овладение методами профилактики, диагностики и психотерапии неврозов в различных возрастных группах.

Освоение данной дисциплины также необходимо для дальнейшего выполнения учебной, производственной, научно-исследовательской практик, проведения научно-исследовательской работы.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Компетенция	Индикаторы достижения <i>(в соответствии с разделом 7 общей характеристики ОП ВО)</i>
ПК-1. Способность к оказанию психологической помощи отдельным лицам (клиентам), социальным группам и попавшим в трудную жизненную ситуацию.	Знать: методологию и теоретические основы невротических расстройств; особенности психологического и клинического подходов к анализу неврозов; особенности психики и личности больного, страдающего невротическим расстройством; теоретико-методические принципы коррекции невротических расстройств поведения, технологии психотерапии. Уметь: использовать знания о развитии психики в норме и патологии, о психокоррекции, психотерапии невротических расстройств для оказания психологической помощи людям и социальным группам; применять психологические технологии для проектирования и реализации программ консультирования и психологической коррекции. Владеть: навыками проведения индивидуального и группового консультирования, диагностики, коррекции психики; действиями отбора адекватных технологий психологического консультирования субъекта, страдающего невротическим расстройством.
ПК-2 Способность к коррекционно-развивающей работе с людьми разного возраста, обучающимися, в том числе, к работе по восстановлению и реабилитации психологических расстройств и снижений	Знать: закономерности развития личности, познавательных процессов, свойств, состояний, в онтогенезе; основные жизненные кризисы, ведущие виды деятельности в различные периоды жизни человека; основные научные положения направлений консультирования, психокоррекции и психотерапии. Уметь: проводить сравнительный анализ технологий и положений психотерапевтических

	<p>направлений; обосновывать применение и использовать коррекционные, психотерапевтические технологии в консультационной работе с людьми разного возраста, страдающими невротическими расстройствами.</p> <p>Владеть: приемами установления доверительных продуктивных контактов с личностью; практическим применением техник и методов психологической коррекции и психотерапии больных с неврозами.</p>
--	--

3. Содержание дисциплины

Тема 1. История развития концепций неврозогенеза в отечественных и зарубежных теориях личности. Неврозогенез как предмет неврологии.

Две тенденции в истории развития учения о неврозах. Точки зрения на природу неврозов представителей бихевиоризма, экзистенциализма, гуманистического направления, антипсихиатрического движения. Нейродинамическая концепция неврозов И. П. Павлова и патогенетическая концепция неврозов В. Н. Мясищева.

Тема 2. Психология и психопатология невротических расстройств, и современная неврология. Международная (МКБ-10) и традиционная (отечественная) классификация невротических расстройств.

Неврозы – группа пограничных психических заболеваний, характеризующихся не резко выраженными нарушениями психической деятельности в условиях не завершившихся психотравмирующих ситуаций. Невроз как явление психической жизни и как психическое расстройство. Семиотика невротических расстройств, отраженная в МКБ-10. Соотношение международной (МКБ-10, DSM-4) и традиционной (отечественной) классификации неврозов. Психотравмирующий фактор и психотравмирующие ситуации, связанные с невротическими состояниями. Функциональный барьер психической адаптации. Признаки невротических расстройств – парциальность, сохранность интеллектуальной сферы, обратимость симптоматики, сохранность критики.

Тема 3. Феноменология тревожно-фобических, тревожных и посттравматических расстройств – невроз страха.

Тревога как эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности в ожидании неблагоприятного развития событий. Страх – реакция на конкретную угрозу. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Фобические тревожные расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические фобии, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство). Острая реакция на стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство.

Тема 4. Феноменология обсессивно-компульсивных и диссоциативных (конверсионных) расстройств – невроз навязчивых состояний, истерический невроз.

Обсессия - наваждение, одержимость, влекущее за собой навязчивые состояния. Навязчивые страхи, опасения, мысли, воспоминания, представления, действия. Навязчивые мысли и компульсивные действия сочетаются с навязчивыми страхами сомнениями, повышенной раздражительностью, утомляемостью, бессонницей. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (истерия, истерический невроз) Психогенно обусловленное невротическое состояние с соматовегетативными, сенсорными и двигательными нарушениями. Диссоциативная амнезия – как неспособность вспомнить лично значимую информацию, которая возникает вследствие травматического стрессогенного переживания.

Диссоциативная fuga – внезапное бегство из дома, с работы или из другого места после того или иного психогенного фактора.

Тема 5. Феноменология соматоформных и неврастенических расстройств.

На фоне психосоциального стресса появление соматических жалоб при отсутствии морфологических изменений соответствующих органов и тканей (в отличие от психосоматических заболеваний, при которых органическая патология выявляется).

Соматизированное расстройство – наличие множественных, повторно возникающих соматических симптомов, которые длятся на протяжении ряда лет. Ипохондрическое расстройство – постоянная озабоченность возможностью заболеть прогрессирующим соматическим расстройством. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – при этом расстройстве жалобы выглядят так, как будто они обусловлены поражением какой-то системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (невроз сердца, невроз желудка). Неврастения – состояние, характеризующееся состоянием раздражительной слабости. Другие специфические невротические расстройства (культурно-специфические нарушения).

Тема 6. Патопсихология невротических расстройств.

Внимание. Интеллект. Мышление и воображение. Память. Эмоции, аффекты и чувства. Мотивация, волевая деятельность и поисковая активность. Сознание и самосознание. Когнитивное оценивание, фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость. Коммуникативная компетентность. Психическая ригидность и фиксированные формы поведения.

Тема 7. Феноменология невротических расстройств и состояний у детей и подростков.

Своеобразие психического развития детей. Патогенные факторы. Страх и тревога в генезе неврозов у детей. Психологические и психопатологические особенности невротических расстройств в детском возрасте. Неврозы и развитие психосоматических расстройств в детском возрасте.

Тема 8. Общая характеристика методов диагностики и психотерапии невротических расстройств.

Значение клинического метода в диагностике неврозов. Значение психологических методов в диагностике неврозов. Место психотерапии в системе лечебных воздействий при неврозах. Методы психотерапии: онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия. Игровая терапия. Сказкотерапия. Символдрама. Песочная терапия. Арт-терапия. Поведенческий подход. Аутогенная тренировка.

4. Тематический план

№ п/п	Разделы и темы	Всего часов	Формы занятий		
			лекции	практические занятия	самостоятельная работа
5 семестр					
Раздел 1					
Введение в неврологию					
1	Тема 1. История развития концепций неврозогенеза в отечественных и зарубежных теориях личности. Неврозогенез как предмет неврологии.	8	1	1	6
2	Тема 2. Психология и психопатология невротических расстройств, и современная неврология. Международная (МКБ-10)	8	1	1	6

	и традиционная (отечественная) классификация невротических расстройств.				
3	Тема 3. Феноменология тревожно-фобических, тревожных и посттравматических расстройств – невроз страха.	8	1	1	6
4	Тема 4. Феноменология обсессивно-компульсивных и диссоциативных (конверсионных) расстройств – невроз навязчивых состояния, истерический невроз.	8	1	1	6
5	Тема 5. Феноменология соматоформных и неврастенических расстройств.	8	1	1	6
6	Тема 6. Феноменология невротических расстройств и состояний у детей и подростков.	8	1	1	6
Раздел 2					
Групповые формы работы при неврозах					
7	Тема 7. Общая характеристика методов диагностики и психотерапии невротических расстройств.	22	4	4	14
	Форма контроля	Зачет 2 час.			
Итого		72	10	10	50

5. Виды образовательной деятельности

Занятия лекционного типа

Лекция 1. История развития концепций неврозогенеза в отечественных и зарубежных теориях личности. Неврозогенез как предмет неврологии

1. Дефиниции невротических расстройств. Невроз и невротик.
2. Теории и концепции неврозогенеза: точки зрения на природу неврозов представителей бихевиоризма, экзистенциализма, гуманистического направления, антипсихиатрического движения.
3. Нейродинамическая концепция неврозов И.П. Павлова.
4. Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева.
5. Антиципационная концепция неврозогенеза.

Лекция 2. Психология и психопатология невротических расстройств, и современная неврология. Международная (МКБ-10) и традиционная (отечественная) классификация невротических расстройств

1. Невроз как явление психической жизни и как психическое расстройство.
2. Семиотика невротических расстройств, отраженная в МКБ-10.

3. Соотношение международной (МКБ-10, DSM-4) и традиционной (отечественной) классификации неврозов.

Лекция 3. Феноменология тревожно-фобических, тревожных и посттравматических расстройств – невроз страха

1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
2. Фобические тревожные расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические фобии, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство)
3. Посттравматическое стрессовое расстройство.

Лекция 4. Феноменология обсессивно-компульсивных и диссоциативных (конверсионных) расстройств – невроз навязчивых состояний, истерический невроз

1. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (истерия, истерический невроз).
2. Психогенно обусловленное невротическое состояние с соматовегетативными, сенсорными и двигательными нарушениями.

Лекция 5. Феноменология соматоформных и неврастенических расстройств

1. Ипохондрическое расстройство. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Неврастения.
2. Другие специфические невротические расстройства (культурно-специфические нарушения).

Лекция 6. Феноменология невротических расстройств и состояний у детей и подростков

1. Невропатия - особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций.
2. Невроз как проявление внутриличностного конфликта в детском и подростковом возрасте.
3. Психологические и психопатологические особенности невротических расстройств в детском возрасте.

Лекция 7. Общая характеристика методов диагностики и психотерапии невротических расстройств

1. Значение клинического и психодиагностического методов в диагностике неврозов.
2. Методы психотерапии в клинике неврозов: онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия. Игровая терапия. Сказкотерапия. Символдрама. Песочная терапия. Арт-терапия. Поведенческий подход. Аутогенная тренировка.

Практические занятия

Занятие 1.

История развития концепций неврозогенеза в отечественных и зарубежных теориях личности. Неврозогенез как предмет неврологии

Вопросы для обсуждения

1. Охарактеризуйте основные тенденции развития учения о неврозах.
2. Дайте характеристику основных биологических концепций этиологии неврозов.
3. В чём суть социогенетических концепций неврозов? Назовите основные теории.
4. Охарактеризуйте основные психологические концепции возникновения неврозов.
5. Что собой представляет «мистический невроз» по К. Юнгу? Каковы причины его возникновения?
6. Что такое «сексуальные неврозы» в концепции З. Фрейда?
7. Охарактеризуйте невроз адлерианского типа.
8. Какую роль в возникновении ситуационных и характерологических неврозов теории К. Хорни играет понятие базальной тревожности и идеализированного образа «Я»?
9. Что собой представляют «ноогенные неврозы» по В. Франклу?

Задания

1. Заполните таблицу: «Основные положения отечественных и зарубежных концепций неврозогенеза»

<i>Автор концепции</i>	<i>Содержание концепции</i>

2. Оцените идеи, которые были высказаны отечественными и зарубежными учеными в прессе становления неврозологии, по их продуктивности для ее дальнейшего развития. Проведите групповую дискуссию.

Самостоятельная работа

Подготовьте реферативное сообщение на одну из предложенных тем:

1. Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З. Фрейда.
2. Теория «невротического превосходства» А. Адлера.
3. Теория «автономного комплекса» К. Юнга.
4. Теория «невротических наклонностей» К. Хорни.
5. Ноогенная теория неврозов В. Франкла.
6. Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и неврозогенез.
7. Нейродинамическая концепция неврозов И.П. Павлова.
8. Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева.
9. Антиципационная концепция неврозогенеза В.Д. Менделевич.
10. Определение невроза. Психогении, пограничные состояния и малая психиатрия

Занятие 2. Психология и психопатология невротических расстройств, и современная неврология. Международная (МКБ-10) и традиционная (отечественная) классификация невротических расстройств

Вопросы для обсуждения

1. В каком веке впервые был употреблён термин «невроз»?
2. Какие существуют признаки классификационного деления неврозов?
3. Какие виды неврозов выделяют в психодинамическом направлении?
4. Какие типы невротических конфликтов выделены В.Н. Мясищевым?
5. Какие виды неврозов выделяют в современной классификации?

Задания

Почему понятие «невроз», введённое У. Кулленом, было прогрессивным для своего времени? Проведите групповую дискуссию.

Самостоятельная работа

Решите задачи:

Задача 1. Больная 22 года, физик, астеничного телосложения, боявшаяся вида крови, впечатлительная. При сильном эмоциональном напряжении, вызванном различными обстоятельствами, наступала рвота. Больная окончила университет с отличием. На протяжении 5 лет учебы перед каждым экзаменом сильно волновалась наступала рвота. Больная стеснялась этого, скрывала заболевание от сокурсников преподавателей. Рвота однажды наступила в связи с аффектом радости, когда она читала письмо от своего жениха, которого ждала. Несколько раз возникала рвота при сильном волнении.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм неврозогенеза и тип невротического конфликта имеет место?

Задача 2. Больная 24 года обратилась с жалобами на сердцебиение, ощущение перебоев, постоянные колющие боли в области сердца, общую слабость, раздражительность,

эмоциональную лабильность, временами чувство тревоги, подавленное настроение. Заболевание возникло после длительной психической травматизации. Последний год тяжело болела мать, она за ней ухаживала, волновалась, уставала. В это же время ухудшились отношения с мужем, они развелись. По характеру общительная, эмоционально-лабильная. АД - немного повышено. ЭКГ - норма, x-Ray - норма, анализ крови - норма. Неврологический статус - легкий тремор пальцев рук, гипергидроз.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?

Задача 3. Молодая женщина 35 лет перенесла грипп. Ее проконсультировал известный врач, к которому она до того неоднократно обращалась на протяжении последних 2-х лет. Консультации проводились по поводу иногда возникавшей декомпенсации порока сердца. Профессор не нашел у нее никаких признаков сердечной недостаточности и рекомендовал ей встать с постели и ходить. Уходя, он шутя сказал несколько назойливой боязливой и мнительной пациентке "Вам нечего бояться по поводу вашего сердца, раньше меня вы все равно не умрете или если умрем, так вместе". На следующий день он внезапно скончался. Больная пришла в ужас. Говорила, что она теперь тоже умрет.

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?

Задача 4. «Когда я сижу спокойно или пытаюсь читать - рассказывает больная - помимо мой воли мне лезут в голову мысли о том, как будет лететь женщина, если она выпрыгнет из окна верхнего этажа. Я вынуждена представлять себе как колоколом раздувается платье и видны панталоны, как она держит руки во время полета, поворачивается в воздухе... Я хотела бы об этом не думать, Я понимаю абсурдность размышлений на эту тему. Я хочу избавиться от этих мыслей, но помимо воли они лезут ко мне в голову»

Вопросы:

1. Какое невротическое расстройство может иметь место с точки зрения МКБ-10?
2. Какие черты личности преобладают?
3. Какой возможный механизм невротогенеза и тип невротического конфликта имеет место?

Занятие 3,4,5

Феноменология тревожно-фобических, тревожных и посттравматических расстройств – невроз страха. Феноменология обсессивно-компульсивных и диссоциативных (конверсионных расстройств – невроз навязчивых состояний, истерический невроз. Феноменология соматоформных и неврастенических расстройств

Вопросы для обсуждения:

1. В чём разница между реактивной формой невроза и неврозом развития?
2. Дайте характеристику основным группам нарушений при истерическом неврозе.
3. Что собой представляет невроз навязчивых состояний?
4. Какие виды нарушений преобладают при неврастении?
5. Дайте характеристику невротической депрессии.
6. Дайте характеристику синдрома дереализации-деперсонализации.
7. Назовите основные диссоциативные (конверсионные) расстройства по МКБ – 10.
8. Дайте определение тревожно-фобических расстройств.
9. Что такое обсессии? Что такое компульсии?
10. Какие расстройства относятся к соматоформным?
11. Дайте определение психической травмы. Назовите её характеристики.

12. Дайте характеристику мотивационных конфликтов и интрапсихического невротического конфликта.
13. Что такое механизмы психологической защиты? Чем они отличаются от копинг-механизмов?
14. Каковы преморбидные особенности личности больных неврозами?
15. Что такое посттравматическое стрессовое расстройство?

Задания

Задача 1. Пациентка Д., 25 лет, выпускница института, при поступлении в больницу предъявляла многочисленные жалобы: на плохой сон, раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, неустойчивое настроение, головные боли, чувство онемения кистей. Соматический статус без отклонений от нормы. Из истории развития заболевания: указанные при поступлении симптомы появились и сохраняются в течение последнего года. В этот период у пациентки сложилась трудная жизненная ситуация: неудачное замужество, последующий развод и необходимость размена жилплощади, а также и необходимость отъезда по распределению (чего она очень не хотела делать из-за неуверенности в своих силах). Во время пребывания пациентки в клинике она предъявляла необоснованные претензии к медицинскому персоналу, требовала к себе особого внимания. Во время и после приема пищи часто возникала рвота, особенно в присутствии персонала клиники. При проведении физиотерапевтических процедур трижды теряла сознание, что сопровождалось преходящим парезом кистей рук.

Вопросы:

- 1) Какая форма патологии нервной системы развилась у пациентки?
- 2) При каком типе ВНД подобная патология развивается чаще?

Задача 2. Пациент Г., 35 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, положения в обществе. Учеба давалась ему с большим трудом. Однако, желая удовлетворить амбиции родителей и свои, Г. Стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это большие усилия. После школы по желанию родителей он поступил в институт, занятия в котором требовали еще больших усилий. Г. Много занимался, нередко в ночное время. По окончании института поступил работать на завод сменным мастером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Став начальником цеха, столкнулся с большими трудностями. Руководимый им цех перестал выполнять производственные задания, что вызывало нарекания и критику со стороны администрации и коллектива цеха. Именно в этот период у него появились головные боли, болезненные ощущения в области сердца, бессонница, раздражительности, повышенная утомляемость, снизилась работоспособность. При осмотре: АД 170/90 мм рт. ст., пульс 90 мин. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено.

Вопросы:

- 1) Какая форма патологии нервной системы выявляется у пациента?
- 2) При каком типе ВНД подобная патология развивается чаще?

Задача 3. Больной Г., 32 лет, рассказал, что около месяца назад в туннеле вагона метро испытал внезапный приступ страха, который сопровождался сердцебиением, одышкой, урчанием в животе. Не выдержал «эмоционального напряжения» стал метаться по вагону. Отмечает, что помнит каждую секунду, было стыдно перед пассажирами, но сдерживать себя не мог. Выбежал из метро, до дома добирался наземным транспортом. В течение месяца до работы добирался «на автобусах». Повторный приступ произошел через 5 дней на остановке, где скопилось много людей. Появился страх возникновения нового приступа, «а бежать не куда». Нарастала тревога, сердцебиение, одышка. Растолкав людей, побежал в сторону дома. В настоящее время не работает, испытывает страх возникновения нового приступа, активно ищет помощь.

Вопросы:

- 1) Назовите симптомы и синдромы описанного в кейсе расстройства.
- 2) Дайте определение «Агорофобии».
- 3) Для какого расстройства характерна агорофобия?
- 4) Каков прогноз расстройства

Задача 4. Больной 30 лет самостоятельно обратился за помощью. Находится в состоянии алкогольного опьянения. Рассказывает, что после гибели жены, на протяжении года испытывает постоянную тревогу, внутреннее напряжение. Каждый день опасается за жизнь своего ребенка и родителей. Малейшая задержка близких, вызывает усиление тревоги, раздражительность, сердцебиение, нарушение дыхания, боли в мышцах. Нарушился сон, долго не может уснуть, а утром «не хочется просыпаться». Тягостные переживания, трудность в сосредоточении внимания привели к полной социальной дезадаптации. Чтобы снять тревогу, стал употреблять спиртное, которое в первое время приносило значимое облегчение. Однако, в состоянии абстиненции тревога, внутреннее напряжение резко усиливаются. Самостоятельно решил обратиться за помощью. Перед выходом из дома с алкоголем принял «какие-то успокоительные таблетки», чтобы на время отвлечься от тягостных тревожных дурных предчувствий.

Вопросы:

- 1) Какое тревожное расстройство описано у больного?
- 2) Достаточно ли данных для диагностики коморбидной алкогольной зависимости и зависимости от психотропных препаратов?
- 3) Какие обследования необходимо провести больному в первую очередь?

Задача 5. Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиаполётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

- 1) Какие симптомы описаны?
- 2) Каким синдромом определяется состояние?
- 3) Каковы ранние проявления данного расстройства?
- 4) При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
- 5) Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

Самостоятельная работа

Выполнить тестовые методики для диагностики механизмов психологической защиты (Тест-опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля», «life style index» Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте, адаптация Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников), выявления ведущих копинг-стратегий личности (Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса), проинтерпретировать результаты исследования, подготовить клинико-психологическое заключение.

Занятие 6. Феноменология невротических расстройств и состояний у детей и подростков

Вопросы для обсуждения

1. Назовите особенности протекания невротических расстройств в детском возрасте.
2. Какие факторы предрасполагают к возникновению невротических расстройств у детей?
3. Перечислите общие неврозы у детей по МКБ-10. Какие расстройства входят в подгруппу системных неврозов?
4. Дайте характеристику невротических расстройств, встречающихся в подростковом возрасте.

Задания

Задача 1. Зоя Л. Ученица 3-го класса. Обратилась мама с жалобой на навязчивые движения у дочери – стремление выдергивать волосы. Учится девочка хорошо, в школе поведение примерное. Со слов мамы, родилась девочка недоношенной, в течение первого года жизни

состояла на учете у невропатолога. Росла несколько медлительной, однако все навыки осваивала своевременно. Тяжело переживала поступление в детский сад, долго привыкала. С детьми общительная, но обидчивая, долго не может помириться после ссоры. В школу пошла вовремя, учится хорошо, стремится к лидерству, но некоторая медлительность и обидчивость не позволяют занять желаемое положение в классе. В последнее время появились навязчивые движения – выдергивание волос, которое усиливается при просмотре волнующих ее телепередач, тревогах.

При патопсихологическом обследовании отмечается снижение работоспособности, медленный темп сенсомоторики, истощаемость по гипостеническому типу. Объем внимания и переключаемость несколько недостаточны. Механическое запоминание – в границах нормы. Мышление логично, последовательно. Отмечается некоторая инертность эмоциональных состояний. Самооценка адекватная. Отмечается внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и страхом быть не на высоте.

1. *В чем причина указанного состояния Зои?*

2. *Какие можно дать рекомендации?*

Задача 2. Маша С., 7 лет. Девочка на осмотре будущих первоклассников перед поступлением в школу обратила на себя внимание «мальчишеской» одеждой, короткой стрижкой. Называет себя в мужском роде: «Я пошел, я сделал». По документам и фактически является девочкой, с точки зрения педиатра – здорова. Из беседы с мамой выяснилось, что девочка примерно с 3 – 4 лет называет себя «он – Миша», считает себя мальчиком, играет только с машинами, танками, солдатиками. Любые попытки «перевоспитания» были безуспешными. В связи с такими нарушениями девочка не посещала дошкольное учреждение. Педиатр считает эти проявления «дефектом воспитания» и не рекомендовал никаких консультаций. При психологическом обследовании нарушений со стороны психических процессов не обнаружено, запас знаний соответствует возрастной норме, интеллект – в границах нормы. При самооценке значимые параметры «силы», «настойчивости», «умение драться».

1. *Какая возможная причина состояния девочки?*

2. *Консультация каких специалистов желательна?*

3. *Как можно решить школьные проблемы?*

Задача 3. Света Е., 8 лет. Обратилась мать девочки с жалобами на то, что девочка плохо засыпает, в течение всего дня у нее повышенная сонливость, вялость, слезливость. Часто жалуется на боли в сердце, желудке, разных частях тела, которые усиливаются перед контрольными работами.

Испытывает значительные трудности при подготовке домашних заданий. Приступает к выполнению уроков только вечером, в присутствии мамы, быстро утомляется, и резко замедляет темп выполнения заданий. Неудача в учебе вызывает слезливость, головные боли.

При патопсихологическом обследовании отмечается истощаемость по гипостеническому типу: замедление темпа деятельности при незначительном увеличении количества ошибок. Недостаточны объем и переключаемость внимания. Механическое запоминание несколько затруднено. При выраженной истощаемости возможна «обратная кривая» запоминания: 4, 6, 8, 6, 5. Смысловое запоминание успешно. Мышление не нарушено.

Самооценка занижена, особенно по фактору «здоровье», «работоспособность». Уровень притязаний низкий. Эмоциональные реакции лабильны. Произвольная регуляция деятельности недостаточна, при затруднениях – чаще пассивные отказы от какой-либо деятельности. В методике «Несуществующее животное» – уменьшение размера рисунка и количества деталей, преобладание элементов защиты.

1. *Какая возможная причина состояния девочки?*

2. *Объясните свой ответ.*

Самостоятельная работа

Составить схему: «Формирование невротических состояний у детей и подростков». Ответить на вопросы: В чем состоят психологические механизмы формирования невротического состояния? Какие виды невротических состояний наблюдаются в детском и подростковом возрасте?

Занятие 7,8,9,10

Общая характеристика методов диагностики и психотерапии невротических расстройств.

Вопросы для обсуждения

1. В чём заключается принцип негативной диагностики невротозов? С каким направлением в изучении невротозов он связан?
2. Назовите критерии, на которых базируется принцип позитивной диагностики невротозов.
3. Дайте характеристику основных направлений психотерапии невротических расстройств.
4. Что влияет на определение целей и задач психотерапии при невротозах?
5. Какие виды психотерапии можно отнести к патогенетическим, а какие к симптоматическим? Аргументируйте свой ответ.

Задания

1. Работа в парах. Задание: провести вводную беседу с пациентом перед началом психодиагностического исследования и сбор психологического анамнеза.

Цель: формирование навыков установления конструктивного контакта с пациентом и создание у пациента мотивации к участию в исследовании; формирование навыков подготовки информированного согласия; формирование навыков сбора анамнеза; развитие представлений о психогенной природе невротических расстройств; развитие навыков использования клинико-психологического метода (беседы и наблюдения);

Особенностью психологической диагностики и психологического вмешательства является непосредственный контакт между пациентом и психологом: и диагностика, и вмешательство реализуются только в условиях непосредственного межличностного взаимодействия. Ситуация диагностики иногда вызывает у пациента напряжение или даже сопротивление, поскольку он может воспринимать ее как оценочную. Поэтому одной из важнейших задач психолога на этом этапе работы является создание безоценочной, доброжелательной, безопасной атмосферы, партнерских отношений между пациентом и психологом. И в этом смысле для описания оптимального поведения психолога в процессе диагностики может быть использована так называемая «триада Роджерса», описывающая поведение психотерапевта в рамках клиенто-центрированной психотерапии, которая включает эмпатию, безусловное положительное отношение к пациенту и собственную конгруэнтность (аутентичность) психотерапевта. Эмпатия означает способность вчувствоваться во внутренний мир пациента, понимать его так, как он сам себя понимает. Безусловное положительное отношение предполагает признание безусловной ценности пациента, ценности его как личности, вне зависимости от того, какими качествами он обладает, вне зависимости от того, болен он или здоров. Собственная конгруэнтность психолога - это истинность поведения, его понятность для пациента как психотерапевта. Реализация этих принципов во взаимоотношениях с пациентом создает доброжелательную безопасную атмосферу, которая необходима для получения полных и достоверных данных о пациенте.

В соответствии с этическими принципами в ходе вводной беседы необходимо предоставить пациенту необходимую информацию о психодиагностическом исследовании и получить от него информированное согласие.

Беседа, в ходе которой осуществляется сбор психологического анамнеза, является основным методом клинико-психологической диагностики. Анамнез болезни (медицинский анамнез) предполагает сбор информации, на основании которой может быть поставлен клинический диагноз и определен прогноз. Анамнез жизни, по сути, является психологическим анамнезом. Он направлен на получение информации об истории жизни пациента, его личности и особенностях ее формирования, его переживаниях, взаимоотношениях с окружающими; содержании, восприятии и понимании специфики психотравмирующей ситуации и особенностей собственного поведения, а также о понимании причин собственного заболевания (Вассерман Л.И., Шелкова О.Ю., 2003).

Основные темы беседы в процессе сбора психологического анализа можно определить следующим образом:

1. Жалобы пациента (как соматические, так и психологические)
2. Начало заболевания: когда началось заболевание или с какого момента пациент считает себя больным.
3. Здесь чрезвычайно важным является выявление конкретной ситуации или специфики жизненного периода, когда впервые появились болезненные проявления (манифестация симптоматики).
4. Ситуации, вызывающие усиление симптоматики.
5. Ситуации, вызывающие напряжение, тревогу, страх или другие негативные эмоции, которые могут провоцировать появление, фиксацию или усиление симптоматики.
6. Родительская семья: состав, характеристика членов семьи, взаимоотношения в семье, проблемы и конфликты, степень эмоционального принятия и удовлетворенности пациента родительской семьей, представления о влиянии атмосферы в семье и особенностей воспитания на формирование личности пациента и его дальнейшую жизнь.
7. Взаимоотношения со сверстниками в детстве и подростковом возрасте: характер отношений, степень удовлетворенности, проблемы и конфликты.
8. Профессиональная деятельность: профессиональное самоопределение, удовлетворенность профессией, проблемы и конфликты.
9. Интересы, цели и ценности: история развития, актуальное состояние, проблемы и сложности.
10. Собственная семья: состав, характеристика членов семьи, взаимоотношения в семье, проблемы и конфликты, степень эмоционального принятия и удовлетворенности пациента.
11. Сексуальные отношения: история развития, актуальное состояние, степень удовлетворенности, проблемы и сложности.
12. Взаимоотношения с окружающими: широта и глубина контактов, удовлетворенность, проблемы и конфликты.
13. Наиболее значимые и наиболее травматичные жизненные события: содержание ситуаций, особенности эмоционального реагирования и поведения.

Сбор психологического анамнеза играет важнейшую роль в процессе позитивной диагностики неврозов, основным критерием которой является выявление психогенной природы заболевания, т.е., наличие психологически понятной содержательной связи между ситуацией, личностью и болезнью. Анализ данных психологического анамнеза должен помочь выявить роль психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, ответить на вопрос, почему психотравмирующая ситуация, с которой столкнулся пациент, стала для него субъективно неразрешимой, какие его психологические и личностные особенности, какие внутренние психологические конфликты не позволили ему конструктивным образом эту ситуацию разрешать.

2. Работа в парах. Провести психодиагностическое исследование.

Психодиагностическое исследование в клинике неврозов может служить задачам как негативной, так и позитивной диагностики. Негативная диагностика неврозов предполагает постановку диагноза за счет исключения других заболеваний, имеющих сходную симптоматику. В данном случае, речь идет, прежде всего, об исключении психических заболеваний и органических заболеваний головного мозга. Поэтому для негативной диагностики неврозов существенное значение имеет изучение когнитивной и эмоциональной сфер.

Психодиагностическое исследование в рамках позитивной диагностики невротоз ориентировано преимущественно на изучение личности в самых широких ее проявлениях. Оно направлено на изучение:

- личностных и типологических особенностей,
- интрапсихического конфликта,
- ценностных и смысложизненных ориентаций,
- механизмов психологической защиты и механизмов совладающего поведения,
- психологического содержания и глубины переживаний больных в связи с различного рода психогенными факторами, определяющими формирование невротической симптоматики,
- взаимосвязи болезненных симптомов с психогенными, соматогенными и социогенными влияниями,
- адаптационного личностным потенциалом
- психологических ресурсов для преодоления интрапсихического кризиса и пр.

Психодиагностика при невротозах должна включать психологический анализ динамики развития заболевания с выделением ведущих и опосредованных симптомокомплексов с определением причинно-следственных этиологически и патогенетически значимых соотношений для развития заболевания.

Задачей психодиагностического исследования может быть и оценка структуры качества жизни пациентов, особенности проявлений эмоциональной реактивности и мотивации, в том числе в ситуации болезни и лечения.

В качестве отдельной психодиагностической задачи может выступать существенна оценка психологическими средствами эффективности проводимого комплексного лечения, прежде всего, психотерапии.

Все данные, полученные в результате психологического исследования, должны рассматриваются в единой адаптационной (биопсихосоциальной) парадигме психического здоровья, поэтому требуют многомерной психологической диагностики. Полученные результаты должны соотноситься с клинической и инструментальной диагностикой с учётом истории развития личности, функционального состояния ЦНС, актуальных жизненных целей, ценностей и потребностей.

Психодиагностическое исследование включает **три основных этапа**.

1. Подготовительный этап. Цель: развитие навыков формирования методического комплекса, адекватного задачам конкретного психодиагностического исследования.

Выбор методов психодиагностического исследования осуществляется индивидуально для каждого больного в контакте с лечащим врачом пациента и руководителем практики на основании сформулированных задач психодиагностического исследования (потребностей клиники) и результатов анализа данных психологического анамнеза.

2. Проведение психодиагностического исследования. Цель: практическое освоение методов изучения психических процессов, эмоциональных состояний, личности и межличностных отношений.

Ниже приводится перечень основных методик, рекомендованных для психодиагностического исследования в клинике невротоз.

Исследование психических процессов.

Методы исследования внимания:

- Корректирующая проба
- Счет по Крепелину
- Проба Мюнстерберга

Методы исследования памяти:

- Методика 10 слов

Методы исследования мышления:

- Существенные признаки
- Простые аналогии

- Сложные аналогии
- Исключение лишнего
- Классификация

Исследование эмоциональной сферы.

Методы исследования эмоциональной сферы:

- Опросник «выраженности психопатической симптоматики» (SCL-90)
- Опросник для изучения выраженности невротической симптоматики Е.Александровича
- Гиссенский опросник соматических жалоб
- Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера
- Шкала гнева Спилбергера
- Интегративный тест тревожности (ИТТ)
- Шкала депрессивности Бека
- Торонтская алекситимическая шкала» (ТАШ);
- Шкала экспресс диагностики уровня невротической астении» (УНА)
- Методика экспресс диагностики уровня невротизации» (УН)

Исследование личности.

Методы исследования личности:

- Гиссенский личностный опросник
- Методика «Семантический дифференциал» (СД); · Методика «Незаконченные предложения»;
- Методика для изучения внутриличностных конфликтов
- Методика «Q-сортировка»;
- Личностный опросник «Big five» (Большая пятерка);
- Методика для изучения иррациональных установок Эллиса;
- Методика для исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга;
- Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом» Лазаруса
- Опросник акцентуаций личности Леонграда- Шмишека;
- Методика «Личностный дифференциал» (ЛД);
- Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ);
- Методика «Уровень субъективного контроля личности» (УСК);
- Методика «Смысложизненные ориентации» (СЖО);
- Методика «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ);
- Методика для диагностики механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля»;
- «Опросник качества жизни» (ВОЗКЖ-100 или ВОЗКЖ-26);

Исследование межличностных отношений.

Методы исследования межличностных отношений:

- Опросник интерперсональных отношений» Лири
- Методика для изучения межличностных отношений Духновского

Исследование процесса и эффективности психотерапии

Методы исследования процесса и эффективности психотерапии

- Методика для изучения мотивации к лечению (к психотерапии)
 - Опросник для оценки отношений и установок пациента в процессе психотерапии» (URICA)
- выделения определенных психологических «симптомокомплексов», характерных для невротических расстройств, либо в связи с задачами дифференциальной диагностики.

Результаты представляются следующим образом:

- результаты исследования познавательной сферы
- результаты исследования эмоциональной сферы
- результаты исследования личности
- результаты исследования межличностных отношений

краткое резюме с выделением наиболее существенных характеристик когнитивной, эмоциональной и личностной сферы в соответствии с задачами позитивной и негативной

диагностики, а также оптимальной направленности и методов психотерапевтического воздействия.

В соответствии с задачами психодиагностического исследования в заключение могут быть включены данные, касающиеся мотивации и отношения к лечению, динамики в процессе лечения (психотерапии) и пр.

3. Составление краткого психологического заключения.

Цель: формирование навыков ведения документации. Краткое психологическое заключение представляет собой изложение основных результатов психологического исследования в соответствии с конкретными задачами психодиагностического исследования.

3. Супервизия. Цель: развитие навыков публичного представления результатов исследования, умения аргументировано формулировать заключение по результатам психодиагностического исследования. Супервизия осуществляется в форме доклада результатов психодиагностического исследования на учебном семинаре.

Пример заключения по данным психодиагностического исследования

Заключение по данным психологического обследования

Клиентка А., 24 года, образование высшее биологическое, учится в аспирантуре (очная форма), болеет полгода.

Целью настоящего обследования явилось изучение эмоционально-поведенческой сферы и личности для определения актуального психологического статуса пациентки.

Пациентка обратилась в отделение неврозов и психотерапии с жалобами на быструю утомляемость, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, беспокойство и отсутствие внутренней уравновешенности. Со слов больной последнее время (приблизительно 3-4 месяца), появилась несвойственная повышенная раздражительность. Она может из-за пустяка рассердиться, наругать кому-нибудь, а потом, успокоившись, очень сожалеет, что «вышла из себя», причем даже незначительная неприятность способна вызвать у нее бурную эмоциональную реакцию. Приступы гнева чаще всего возникают на фоне переутомления. Аффективные вспышки, со слов больной, обычно непродолжительны, но их интенсивность и частота нарастают в течение последних нескольких месяцев. Остановить приступ возбуждения очень трудно, и, как правило, он завершается полным бессилием — и физическим, и моральным.

У пациентки обострились: неуверенность в себе, мнительность, чувство внутренней напряженности и тревоги, снизилось настроение, появилось ощущение отсутствия четкости и свежести мысли, необходимых для продуктивной и целенаправленной деятельности, возникли проблемы с памятью. Она стала крайне ранимой и чувствительной к обидам, совершенно не выдерживает конфликтов, конфронтаций, споров, плохо переносит яркий свет и шум. Появились расстройства сна. Если раньше, приходя уставшей домой, пациентка практически мгновенно засыпала, «как только дотрагивалась головой до подушки», то последнее время, она долго не может заснуть, ей мешают упорные мысли, связанные с работой, проблемами в семье и т.д. Сон недостаточно глубокий, беспокоят тревожные сновидения, утром не хочется вставать, пациентка чувствует себя вялой, разбитой, в течение дня ее мучает сонливость, мешающая нормально работать. Однако к вечеру состояние выравнивается, даже появляется «непонятная бодрость», и снова до глубокой ночи она не может уснуть. Кроме того, больная жалуется на головные боли, отмечает неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего, в сердце, сердцебиение, частый пульс, снижение аппетита.

Особенности контакта.

При проведении психологического обследования с испытуемой сразу установился свободный, доверительный контакт и неформальный характер сотрудничества. Пациентка проявляла заинтересованность проводимым исследованием и его возможными результатами, мотив оставался устойчивым на протяжении всего исследования. Испытуемая была сензитивна в отношении возможной негативной оценки ее интеллектуальных способностей, тревожилась по поводу собственной «нормальности», переживала, что не могла успешно справиться с рядом заданий, но от выполнения заданий не отказывалась, жалоб на утомление не высказывала.

Фон настроения был ровным, с тенденцией к понижению. Эмоциональные реакции на протяжении практически всего обследования вялые, малой интенсивности, недостаточно нюансированы. Эмоциональная поддержка и одобряющая обстановка мало влияли на темп и продуктивность работы, которые оставались невысокими на протяжении всего эксперимента.

При проведении обследования испытуемая была откровенна, вежлива, аккуратно и старательно выполняет все задания, была исполнительна. В эксперименте демонстрировала конформное поведение.

В целом темп работы невысокий. При выполнении целенаправленной деятельности утомляется, эффективность работы снижается. После выполнения более легких заданий и беседы продуктивность незначительно улучшается. Не смотря на ухудшение качества работы со временем, уровень трудоспособности остается достаточным.

Из анамнеза жизни.

Мать пациентки страдает алкоголизмом, начало которого пришлось на период, когда больной было 6-7 лет. Воспитывалась она в основном бабушкой, которая тоже злоупотребляла алкоголем. Мать больная описывает как вспыльчивую, раздражительную, капризную, обидчивую, бабушку – как добрую и заботливую, однако очень требовательную. Мать могла жестоко наказывать больную, а затем плакать и просить у нее прощения, временами становилась ласковой, но чаще была безразличной. Отец с семьей никогда не жил, брак не был зарегистрирован, к общению с дочерью не стремился, однако его родители признали внучку и старались ей помогать. Росла пациентка болезненной, слабой, перенесла практически все детские инфекции (в том числе в тяжелой форме скарлатину), в 5 лет – болезнь Боткина. Всегда была тихой, послушной, аккуратной, старалась помогать маме и бабушке, переживала за них, пыталась, как могла, заботиться о них и не доставлять неприятностей и хлопот. Очень страдала, когда видела их в состоянии алкогольного опьянения, а самой большой радостью для нее были периоды их кратковременной трезвости.

Развивалась пациентка ускоренно, была любознательной, умной. Воспитывавшая ее бабушка с раннего детства прививала навыки самостоятельности: уже в 5-6 лет посылала одну в магазин за продуктами, учила готовить, заставляла мыть посуду, полы, стирать и т.д. Больная весьма рано начала понимать «тяжесть своего положения в семье», стала проявлять ответственность в отношении своих близких.

С 4 лет посещала детский сад, там вела себя «примерно, скромно, дружелюбно, при этом несколько боязливо и отстраненно». В домашней обстановке становилась еще более тихой и пугливой. В школу пошла в 7 лет, успевала хорошо, отличалась усидчивостью, терпеливостью. После поощрений со стороны педагогов и родных по отцовской линии, занималась еще более усердно, стремилась быть первой ученицей в классе. В 12-летнем возрасте у нее обострилось заболевание печени, около 3,5 месяцев находилась на обследовании и лечении в детской больнице. Приступив к учебе, не могла наверстать упущенное, успеваемость снизилась; болезненно переживала школьные неудачи. Ей предложили остаться на второй год, однако пациентка не смирилась и, приложив

«неимоверные усилия», догнала одноклассников и перешла в 6-й класс. Никогда не жаловалась. Дома выполняла обязанности по дому, с которыми к тому времени уже плохо справлялись мама с бабушкой, а ночью делала домашние задания. В последующие годы (14-16 лет) по-прежнему оставалась тихой, уравновешенной, сдержанной, ответственной, заботливой, несмотря на объективное ухудшение условий жизни в связи с прогрессирующей алкоголизацией мамы и бабушки.

Окончила 11 классов, самостоятельно поступила в ВУЗ на бюджетное отделение. Параллельно устроилась работать лаборантом на кафедре. Отношения с сокурсниками описывает как ровные, бесконфликтные. Упорно училась, работала, помогала помимо мамы и бабушки, родственникам по отцовской линии, которые к тому времени плохо себя чувствовали, и пациентка ухаживала еще и за ними, приносила продукты, убирала в квартире. На личную жизнь сил и времени не хватало. Очень уставала, постоянно чувствовала себя «разбитой», но не могла отказаться от обязательств. Проживание в родительской квартире становилось невыносимым и пациентке пришлось переселиться к подруге. Однако легче не стало, поскольку мама с бабушкой требовали постоянного контроля, больная боялась, что они могут забыть выключить газ или оставить включенной воду, обслуживать себя самостоятельно к тому моменту они уже не могли. Продолжительное время (несколько лет), несмотря на плохое самочувствие, пациентка справлялась со своими проблемами и заботами относительно успешно. Закончила с отличием институт и поступила в аспирантуру, и хотя физически стало несколько легче, и даже появилось свободное время, состояние больной резко ухудшилось. Однажды она пришла домой к подруге, с которой к тому времени проживала и упала около входной двери, как утверждает «без сил». Постепенно начала нарастать неврастеническая симптоматика. К моменту обращения за медицинской помощью пациентка практически постоянно чувствовала себя вялой и разбитой, утомлялась даже от незначительных нагрузок, которые раньше с легкостью переносила, нарушился сон и аппетит, появились сильные головные боли.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка симптоматического состояния проводилась с помощью симптоматического опросника Александровича и методики SCL-90.

По результатам опросника Александровича у исследуемой отмечается умеренная степень выраженности симптоматики, общий индекс выраженности жалоб составил 25,57% (при норме 10-15%). При этом был диагностирован превышающий норму уровень невротичности, показатель которого составил 27,01% (или 6 стандартных баллов), при норме $11 \pm 1,4\%$ (1-4 стандартных балла). Большинство клинических шкал оказались выше нормативных значений.

Наиболее отклоняющимися от нормы оказались следующие клинические шкалы:

- 1) «Неврастенические расстройства» (повышенная утомляемость, слабость, вялость, пассивность) — 97,14% (при норме $21,2 \pm 3,3\%$), приблизительно в 4,5 раза выше нормы.
- 2) «Нарушения сна» — 65,71% (при норме $14,5 \pm 2,4\%$), приблизительно в 4,5 раза выше нормы.
- 3) «Беспокойство, напряжение» — 34,29% (при норме $16,4 \pm 2,2\%$), приблизительно в 2 раза выше нормы.

Из 138 жалоб, представленных в опроснике Александровича, обследуемую особенно беспокоят следующие: постоянное чувство усталости, чувство слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня, чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, независимо от обстоятельств, рассеянность, мешающая деятельности, чувство тревоги,

беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т.д., глубокое, интенсивное переживание неприятных событий, непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела.

По результатам опросника SCL-90 у испытуемой диагностируется низкая выраженность психопатологической симптоматики. Индекс GSI, отражающий, насколько сильно психопатологические жалобы тяготят пациентку, находится в диапазоне среднестатистических значений — 0,49, (при норме $0,51 \pm 0,02$). Невысоким оказался индекс PSI (индекс проявлений симптоматики, отражающий, насколько разнообразна имеющаяся симптоматика). Данный показатель составил 23 балла (при норме $21,39 \pm 2,02$). При этом в диапазоне повышенных значений оказался индекс PDSI (индекс выраженности дистресса) - 1,91 при норме $1,17 \pm 0,05$ (дистресс- стрессовая ситуация проявляющаяся негативно и приводящая к дезорганизации психической деятельности; это ситуация при которой человек не может смириться с ней и не может ее изменить, что приводит к состоянию стойкого эмоционального напряжения и дискомфорта).

Таким образом, диагностируемая у обследуемой психопатологическая симптоматика не отличается разнообразием, субъективно не оценивается как «сильно беспокоящая», тем не менее она является причиной эмоционального дискомфорта и психической дезорганизации (дистресса).

Из 10 клинических шкал, представленных в опроснике, превышающими норму оказались 4 шкалы:

- 1) «Соматизация» (неприятные физические ощущения) — 1,23 (при норме $0,44 \pm 0,03$), приблизительно в 2,5 раза выше нормы.
- 2) «Депрессивность» — 1,19 (при норме $0,62 \pm 0,04$), приблизительно в 2 раза выше нормы.
- 3) «Общая тревожность» — 0,97 (при норме $0,47 \pm 0,03$), приблизительно в 2 раза выше нормы.
- 4) «Межличностная тревожность» (тревога, связанная с межличностным взаимодействием) — 0,94 (при норме $0,66 \pm 0,03$), приблизительно в 1,5 раза выше нормы.

Из 90 жалоб, представленных в опроснике SCL-90, обследуемую в большей степени беспокоят следующие (жалобы, выраженные максимально): «слабость или головокружение», «боли в сердце или в грудной клетке», «головные боли», «боли в мышцах», «тяжесть в конечностях», «ощущение слабости в различных частях тела», «упадок сил», «чувство, что все, чтобы Вы не делали, требует больших усилий», «трудности сосредоточения», «проблемы с памятью», «ощущение собственной никчемности».

По результатам опросника Бэка, у испытуемой отсутствуют признаки клинически выраженной депрессии. Общий показатель депрессивной симптоматики составил — 17 баллов (зона неопределенных значений). Тем не менее, у пациентки есть жалобы, относящиеся к депрессивным; умеренно выраженные, они отражающие в большей степени соматические, чем аффективно-когнитивные проявления депрессии: раздражительность, слезливость, повышенная утомляемость, отсутствие работоспособности, расстройства сна и аппетита, снижение либидо.

Исследование познавательных психических процессов. Темп психомоторных реакций в заданиях, требующих механического или жестко алгоритмизированного манипулирования стимульным материалом, замедлен: корректурную буквенную пробу с переключением пациентка выполняет за 12 минут 58 секунд (при «норме» 8-10 минут),

допустив при этом 18 ошибок (в норме до 10, не более 15). Распределение ошибок в ходе работы неравномерно (к концу количество ошибок резко нарастает), что свидетельствует о значительной утомляемости на фоне хорошей вработываемости. Истощаемость усиливается в условиях длительного напряжения и под влиянием эмоциогенных факторов.

Объем и концентрация внимания снижены; «кривая работоспособности» имеет колебания астенического характера. Астенические жалобы в эксперименте подтверждаются и имеют преимущественно функциональную природу.

Изучение мнестической деятельности не выявило нарушений. В методике на непосредственное произвольное запоминание испытуемая верно воспроизвела 10 слов к 4 повторению (в норме к 3-5), при этом после второго повторения назвала 90% предъявленных стимулов. При исследовании процесса опосредованного произвольного запоминания пациентка давала единичные ошибочные ответы. Эффективность составила 90% (в норме: 80-100%). Пиктограммы при этом носили абстрактный и сюжетный характер, рисуемые образы были эмоционально насыщены, адекватны по содержанию предъявляемым стимулам. Коэффициент адекватности составил 95% (в норме: 75-100%). Испытуемой одинаково легко удавалось подбирать образы для опосредования абстрактных слов, а также словосочетаний с конкретным содержанием. Продуктивность долговременного запоминания составила 80% (в норме: 70-100%). В целом, опосредованное и непосредственное звенья произвольного запоминания сохранены и укладываются в рамки среднестатистической нормы. Мотивационный компонент памяти сохранен. Динамика мнестической деятельности не нарушена.

Мыслительная деятельность пациентки осуществляется без выраженных логических затруднений, на высоком (концептуальном) уровне обобщения. Пациентке доступно оперирование абстрактными понятиями и синтез на основе категориальных признаков, однако эпизодически у нее встречались ошибочные суждения по типу снижения уровня обобщения, соскальзывания на приблизительный смысл, что свидетельствует о нарушении динамики ассоциативного процесса в виде лабильности мышления. При этом можно говорить о сохранности у больной в полной мере абстрактно-логического, понятийного мышления, для которого характерна высокая критичность и полнота понимания, включая понимание скрытого, переносного смысла и подтекста. Практическое мышление, т.е. мышление, включенное в практическую деятельность и направленное непосредственно на решение частичных практических задач, также находится на достаточно высоком уровне развития. Мотивационный и личностный компоненты мышления сохранены. Искажений мышления нет.

Исследование интеллекта.

Общая оценка интеллекта по методике Векслера составила 133 балла («очень высокий интеллект»), невербальный - 122 балла («высокая норма»), вербальный — 138 («очень высокий интеллект»). Расхождение между оценками вербальной и невербальной подструктур интеллекта составило 16 баллов. Это расхождение является значительным, и обычно в норме не наблюдается, но характерно для многих видов патологии, в том числе невротического характера. В данном случае это расхождение можно расценивать как выраженное преобладание уровня развития абстрактно-логического вербального мышления над мышлением образно-действенным, практическим, реализующимся в действии.

Анализ интеллектуальной деятельности показывает, что при использовании отдельных субтестов методики Векслера наибольшие затруднения у пациентки вызвали задания, относящиеся к невербальной подструктуре интеллекта, такие как: «Недостающие детали», – задание, требующее тонкой визуальной перцепции, наблюдательности, понимания того, что является существенным в изображении, высокой способности

дифференцировать существенную отсутствующую деталь от несущественных; «Расположение картинок», – субтест, предполагающий тонкое понимание причинно-следственных связей в межличностных ситуациях, требующий проявления житейского опыта, здравого смысла и чувства юмора. Совместно с субтестом «Понятливость» (его показатель среди вербальных заданий оказался одним из самых высоких в интеллектуальном профиле пациентки) он выявляет способность к ориентировке в практических ситуациях, характеризует то, что называют «социальным интеллектом» человека, и представляет очень важную личностную и клиническую характеристику. Таким образом, пробы на «социальный интеллект» испытуемая выполнила неоднозначно, понимая конвенциональные нормы и жестко придерживаясь их, она одновременно, проявляет некоторые черты инфантилизма. Полученная информация характеризует личностные ресурсы и в определенной степени очерчивает область личностного дефицита, в данном случае это область эмоций и отношений. Выполнение субтеста «Сложение фигур» требует как конструктивного, так и эвристического (интуитивного) мышления. Поскольку пространственный анализ и синтез (стереомышление), конструктивный праксис не нарушены (показатель субтеста «Кубики Коса» оказался максимально высоким — 17 баллов, из 17-ти возможных) и протекают на уровне оперирования материалом высшей степени сложности, испытуемой доступно выявление пространственных отношений и конструирование наиболее сложных моделей, то в данном случае снижение оценок обусловлено недостатком интуиции, склонностью опираться в большей степени на мыслительные процессы в противовес чувственному компоненту.

Наиболее высокими оказались показатели по субтестам «Словарный запас» (шкальная оценка 19 — максимально возможная), «Сходство» (18) и «Общая осведомленность» (18). В целом, у испытуемой определяется очень высокий уровень развития абстрактно-логического вербального мышления, культуры речи и мышления, большой словарный запас, высокие показатели общей эрудиции, запаса общекультурных сведений, т.е. все те параметры, которые относят к реальным «интеллектуальным достижениям», приобретенным в течение жизни. В то же время, необходимо отметить, что такое значительное расхождение оценок по этим заданиям с другими субтестами может свидетельствовать об односторонности преимущественно «вербального» развития, оторванности от реальности, «книжном» характере знаний.

Наибольшие затруднения среди вербальных заданий вызвал субтест «Арифметика», требующий повышенной концентрации внимания, мобилизации оперативных функций памяти. Возможно, снижение показателей здесь вызвано астенизацией, а также внутренним беспокойством, тревогой, мешающей сосредоточиться — «эмоциональная дезорганизация» (подтверждением является высокий уровень тревожности, определяемый по Интегративному тесту тревожности – ИТТ и др. экспериментальным методам исследования).

Из особенностей следует отметить увеличение количества ошибок по мере усложнения материала, что отражает стандартность, конформность мышления, отсутствие признаков искажения его структуры и непредсказуемости.

Исследование личности.

Методика ММРІ.

Рассматривая результаты, полученные с помощью методики ММРІ, следует обратить внимание на повышение оценочной шкалы К (коррекции). Повышение по данной шкале отражает тенденцию (в значительной мере неосознаваемую) отрицать имеющиеся жизненные затруднения и конфликты, определять свое поведение в зависимости от социального одобрения и озабоченность своим социальным статусом.

Код профиля личности по методике ММРІ (1 2 (7 8)/0). Данный профиль отражает повышение по шкалам «ипохондрия», «депрессия», «тревожность», первые две относятся к шкалам «невротической триады» и связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов личности для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации. Блокада мотивированного поведения, направленного на удовлетворение актуальных потребностей (фрустрация) происходит у личностей с данным типом профиля благодаря наличию сравнимых по силе, но разнонаправленных потребностей. В этом случае неадаптивное поведение, связанное с затруднением выбора одной из одновременно существующих и конкурирующих программ, представляет собой выражение интрапсихического конфликта. В связи с нарушением сложившегося единства потребностей и стереотипа поведения, направленного на удовлетворение этих потребностей, возникает тревога. На фоне ее высокого уровня появляется беспокойство за состояние своего физического здоровья. Тревога, таким образом, соматизируется, обретает конкретность, создается система ее интерпретации, поскольку ощущение угрозы переносится с межперсональных отношений на процессы, происходящие в собственном организме, в частности, на неприятные физические ощущения, отражающие связанные с тревогой изменения вегетативно – гуморального регулирования. При этом происходит снижение уровня тревоги, ощущения неопределенной угрозы. Выраженное повышение по шкале «ипохондрия» в данном профиле отражает постоянную озабоченность испытуемой своим физическим состоянием. В соматических жалобах личностей с данным типом профиля преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих, неудовлетворенная симбиотическая тенденция. Значимость этих жалоб подчеркивается их связью с жизненно важными функциями (в данном случае это головная боль и боли в сердце).

Повышение в профиле показателей по 2-й шкале «депрессивные тенденции», отражает снижение интересов, ощущение безразличия, недостаток побуждений к активной деятельности, подавленность влечений, общую неудовлетворенность собой и жизненной ситуацией. Однако признаки клинически выраженной депрессии отсутствуют (шкала Бэка). «Депрессия» в сочетании с пиком по шкале «шизоидности» довольно типична для лиц, обеспокоенных своей отгороженностью и испытывающих трудности в социальной адаптации. Лица с таким личностным профилем ощущают «особость» или неповторимость своей личности и испытывают тревогу по поводу недостаточного признания этой личности окружением. Они нередко ощущают свою отчужденность и непонятность, неспособность стать действительными членами группы, к которой принадлежат формально. Обычно такие люди могут выглядеть как ушедшие в себя и избегающие контактов, они воспринимаются окружающими как пессимистичные, замкнутые, молчаливые, застенчивые, и вместе с тем, ранимые.

Методика «Большая пятерка»

Значение фактора «Экставерсия» свидетельствует об ориентации личности одновременно и на внутренние критерии, на собственный внутренний мир и на окружающих. Фактор «Самосознание» имеет очень низкий показатель, что указывает на неумение обследуемой рационально организовывать свою деятельность, неумение использовать накопленный опыт, основываясь на понимании себя, своих целей, мотивов, чувств, потребностей, ресурсов, неумение контролировать свои эмоциональные состояния, сдерживать их. Значение фактора «Готовность к сотрудничеству и согласию» отражает конформные установки пациентки (подчиняемость общепринятым нормам), стремление подчиняться мнению большинства, идти на компромисс. Фактор. «Эмоциональная стабильность» имеет значение показателя «ниже среднего», что свидетельствует об эмоциональной лабильности, колебаниях настроения, работоспособности и неустойчивости поведения. Фактор «Личностные ресурсы» имеет

высокий показатель, свидетельствующий о хорошем потенциале обследуемой в плане личностного роста, самосовершенствования, раскрытия творческих и иных способностей.

Исследование самооценки.

У испытуемой диагностируется неустойчивая, преимущественно заниженная актуальная самооценка, как признак эмоциональной лабильности (неустойчивости) и неудовлетворенности собой в основных жизненных сферах. В диапазоне нормальной самооценки находятся шкалы «Активность», «Характер» и «Оптимизм» (сферы относительного благополучия и удовлетворенности собой). В диапазоне заниженной самооценки находится актуальная самооценка по шкалам «Внешность», «Ум», «Здоровье», «Счастье» и «Уверенность в себе», (сферы, осознаваемые пациенткой, как проблемные). Пациентка, таким образом, считает себя на настоящий момент человеком нездоровым, несчастливым, неуверенным в себе, невысоко оценивает свои умственные способности и внешние данные, при этом позитивно оценивает качества своего характера, и считает себя оптимистичным и активным человеком. Кроме того, она оценивает себя, как весьма доброго человека, однако, желает в этой сфере стать хуже, поскольку, считает свою добросердечность, отрицательным качеством (инверсия ценности), последнее обстоятельство, по всей видимости, связано с негативным жизненным опытом. В целом отмечается высокий уровень притязаний, нереалистично завышенная оценка своих возможностей и ресурсов, повышенная требовательность к себе, неоправданная оптимистичность, признаки психического инфантилизма.

Исследование конфликтов.

В жизни пациентки имеют место обстоятельства, оказывающие негативное воздействие на ее душевное самочувствие. В первую очередь это проблема взаимоотношений с матерью, актуализирующая у пациентки чувства отвержения, брошенности, обиды и одновременно выраженную эмоциональную зависимость и потребность в заботе; отсутствие социальной поддержки. Кроме того, существуют проблемы во взаимоотношениях с окружающими как своего, так и противоположного пола: испытуемой не удается отстаивать свою позицию, приходится уступать, подчиняться, соглашаться, в результате протест и беспомощность проявляются у нее в бурных, не всегда адекватных эмоциональных реакциях раздражительной слабости. Описанные выше проблемы, хотя и представляют собой жизненные обстоятельства, встречающиеся и у других людей, однако пациенткой переживаются более остро, и болезненно в силу повышенной требовательности к себе, без учета собственных ресурсных возможностей и наличия внутриличностных проблем, через призму которых вырабатывается неконструктивный стиль эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Основные внутриличностные конфликты, диагностированные у пациентки, наличие которых она у себя признает:

1. Конфликт между уровнем притязания и возможностями.
2. Конфликт между стремлением к достижению во всех областях жизни и невозможностью совместить требования различных ролей.

В сфере контактов пациентки выявляются разнонаправленные тенденции, продиктованные дисгармоничной личностью. Возникающие в этой связи трудности могут нарушать социальную адаптацию и в первую очередь деятельность, связанную с общением. Для пациентки характерны неуверенность и нерешительность в общении с другими людьми; проблемы с тем, чтобы свободно, расковано вести себя, давать другим указания, поручения, руководить другими, выдвигать другим собственные требования, проявлять агрессию, отстаивать свою точку зрения; трудности в том, чтобы отказывать другим, говорить другим

«нет»; излишняя доверчивость и легковёрность, податливость чужому мнению и влиянию; излишняя открытость, страх оказаться одной, в стороне от дел других.

Испытуемая характеризуется склонностью занимать в отношениях с другими пассивно подчиненную позицию. Для нее характерны скромность, уступчивость застенчивость, чувствительность, стремление охотно выполнять чужие поручения, отсутствие зачастую своего мнения, самокритичность, повышенное чувство вины. Она нуждается в тесном сотрудничестве с окружающими. Для нее характерны мягкость, дружелюбие, доверчивость, склонность к компромиссам и соглашению, бесконфликтность, стремление подчеркнуть причастность к интересам большинства, склонность к постоянному изливанию дружеских чувств. В межличностных отношениях она проявляет постоянную готовность к помощи окружающим, к сочувствию и поддержке, для нее характерны добросердечность в отношениях, и даже жертвенность. И вместе с тем, испытуемую характеризуют сверхчувствительность к критическим замечаниям в свой адрес, частая неоправданная обидчивость, она неудовлетворена своей позицией в микрогруппе.

Заключение

Для пациентки характерны: невысокая самооценка, общая неудовлетворенность собой и отдельными аспектами своей жизни, повышенная требовательность к себе, без учета своих возможностей, а также физических и личностных ресурсов, личностная дисгармоничность: агрессивные тенденции в сочетании с мягкостью, уступчивостью, подчиняемостью, открытость и доверчивость в сочетании с подозрительностью, эгоцентризм в сочетании с альтруистическими тенденциями вплоть до жертвенности, склонность к формированию эмоциональной зависимости, низкая стрессоустойчивость, ощущение беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации.

Выявленные нарушения когнитивных процессов укладываются в рамки психогенно-невротического патопсихологического симптомокомплекса. Актуальный психологический статус отражает черты смешанной акцентуации характера с преобладанием неврастенических черт.

Клинический психолог _____

Резюме для истории болезни

Целью настоящего обследования явилось изучение эмоционально-поведенческой сферы и личности для определения актуального психологического статуса пациентки.

При проведении психологического обследования, с испытуемой сразу установился свободный, доверительный контакт и неформальный характер сотрудничества. Пациентка проявляла заинтересованность проводимым исследованием и его возможными результатами, мотив оставался устойчивым на протяжении всего эксперимента. Испытуемая была сензитивна в отношении возможной негативной оценки ее интеллектуальных способностей, тревожилась по поводу собственной «нормальности», переживала, что не могла успешно справиться с рядом заданий, но от выполнения заданий не отказывалась, жалоб на утомление не высказывала.

Фон настроения был ровным, с тенденцией к понижению. Эмоциональные реакции на протяжении практически всего обследования вялые, малой интенсивности, недостаточно нюансированы. Эмоциональная поддержка и одобряющая обстановка мало влияли на темп и продуктивность работы, которые оставались невысокими на протяжении всего эксперимента. При проведении обследования испытуемая была откровенна, вежлива, аккуратно и старательно выполняет все задания, была исполнительна. В эксперименте демонстрировала конформное поведение.

В целом темп работы невысокий. При выполнении целенаправленной деятельности утомляется, эффективность работы снижается. После выполнения более легких заданий и беседы продуктивность незначительно улучшается. Не смотря на ухудшение качества работы со временем, уровень трудоспособности остается достаточным.

У пациентки отмечается умеренная степень выраженности психопатологической симптоматики, наиболее выражены неврастенические расстройства, нарушения сна,

беспокойство и напряжение, общая тревожность, межличностная тревожность, соматизация, депрессивность.

Темп психомоторных реакций в заданиях, требующих механического или жестко алгоритмизированного манипулирования стимульным материалом, замедлен, объем и концентрация внимания снижены, «кривая работоспособности» имеет колебания астенического характера, повышена утомляемость и психическая истощаемость. Обнаружены среднестатистические показатели течения мнестической деятельности. Опосредованное и непосредственное звенья произвольного запоминания сохранены и укладываются в рамки среднестатистической нормы. Мотивационный компонент памяти сохранен. Динамика мнестической деятельности не нарушена. Мыслительная деятельность осуществляется без выраженных логических затруднений, на высоком (концептуальном) уровне обобщения. Пациентке доступно оперирование абстрактными понятиями и синтез на основе категориальных признаков, однако эпизодически у нее встречались ошибочные суждения по типу снижения уровня обобщения, соскальзывания на приблизительный смысл, что свидетельствует о нарушении динамики ассоциативного процесса в виде лабильности мышления.

Пациентка характеризуется высоким уровнем интеллекта развития, богатым словарным запасом, культурой речи, высокой общей эрудицией, большим запасом общекультурных сведений, высоким социальным интеллектом.

Выявлена дисгармоничность личности пациентки, состоящая в сочетании: агрессивных тенденций с мягкостью, уступчивостью, подчиняемостью; открытость и доверчивость в сочетании с подозрительностью; эгоцентризм в сочетании с альтруистическими тенденциями вплоть до жертвенности, склонность к формированию эмоциональной зависимости.

Для пациентки характерна невысокая самооценка, общая неудовлетворенность собой и отдельными аспектами своей жизни.

У пациентки снижена фрустрационная толерантность (стрессоустойчивость) и повышена чувствительность к стрессам, для нее характерно ощущение беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации.

В межличностных отношениях она проявляет постоянную готовность к помощи окружающим, к сочувствию и поддержке, для нее характерны добросердечность в отношениях. Испытуемую характеризуют сверхчувствительность к критическим замечаниям в свой адрес, частая чрезмерная неоправданная обидчивость.

Имеются проблемы во взаимоотношениях со сверстниками – мужчинами и женщинами, ей не удается отстаивать свою позицию, приходится уступать, подчиняться, соглашаться, в результате протест и беспомощность проявляются в бурных, не всегда адекватных эмоциональных реакциях раздражительной слабости. Описанные выше проблемы хотя и представляют собой жизненные обстоятельства, встречающиеся и у других людей, однако пациенткой переживаются более остро, и болезненно в силу повышенной требовательности к себе, без учета собственных ресурсных возможностей и наличия внутриличностных проблем, через призму которых вырабатывается неконструктивный стиль эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Выявленные нарушения когнитивных процессов укладываются в рамки психогенно-невротического патопсихологического симптомокомплекса. Актуальный психологический статус отражает черты смешанной акцентуации характера с преобладанием неврастенических черт.

Клинический психолог _____

Самостоятельная работа

1. Подготовить презентацию одного из методов психотерапии в клинике неврозов: онтогенетически ориентированная (реконструктивно - кондуктивная) психотерапия. Игровая терапия. Сказкотерапия. Символдрама. Песочная терапия. Арт-терапия. Поведенческий подход. Аутогенная тренировка.

2. Разработать и представить «Проект коррекционно-развивающей программы по детской игровой/сказка/арт/песочной терапии» (на выбор) по следующей схеме: актуальность, направленность, цель, задачи, целевая группа, возрастной диапазон, материально-техническое обеспечение, методы и формы работы, предполагаемые результаты, + подробный конспект одного занятия (название занятия, цель, материалы и оборудование, ход занятия).

6. Критерии оценивания результатов освоения дисциплины (модуля)

6.1. Оценочные средства и критерии оценивания для текущей аттестации

1. Тест

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. Ведущим в возникновении невроза является:

а) личностная предрасположенность и особенности переработки психотравмирующей ситуации

б) наследственность

в) острая психотравмирующая ситуация

г) органическая патология мозга

д) воздействие экзогенно-органического фактора

2. Возникновение посттравматического стрессового расстройства характерно

после:

а) конфликтной ситуации на работе

б) черепно-мозговой травмы

в) ситуации, связанной с угрозой жизни или физической целостности человека или его близких

г) ситуации, связанной с угрозой невыполнения взятых на себя обязательств

(несданный экзамен, невозвращенный долг)

д) ситуацией, связанной с потерей имущества или крупной денежной суммы

3. Истерический невроз наиболее часто проявляется:

а) комом в горле, астазией-абазией, парезами

б) obsессиями, фобиями, ритуальными действиями

в) наплывами мыслей, утомляемостью, раздражительностью

г) театральностью, демонстративностью, преувеличенным проявлением эмоциональных реакций

д) симптомами переживания и избегания

4. В развитии невроза выделяют следующие этапы:

а) невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие личности

б) невротическое развитие личности, невротическое состояние, невротическая реакция

в) невротическое состояние, невротическая реакция, невротическое развитие личности

г) невротическое развитие личности, невротическая реакция, невротическое состояние

5. На первом этапе развития фобий наблюдается:

а) возникновение страха непосредственно в ситуации, вызывающей страх

б) возникновение страха примыслию ситуации, вызывающей страх

в) возникновение страха перед попаданием в ситуацию, вызывающую страх

г) возникновение страха при мысли о возникновении страха

д) возникновение страха после завершения ситуации, вызывающей страх

6. Невроз навязчивых состояний включает в себя:

а) навязчивые мысли, навязчивые страхи, ритуальные действия

б) ком в горле, астазию-абазию, парезы

в) наплывы мыслей, утомляемость, раздражительность

г) тоску, безысходность, подавленность

д) пароксизмальные колебания настроения

7. Агорафобия представляет собой:

а) страх сойти с ума

б) страх открытых пространств

в) страх выйти из дома или иным образом оказаться в другой ситуации, связанной с переживанием незащищенности и отсутствия поддержки

г) страх контактов с людьми из-за боязни быть неверно

оцененнымокружающимиилипоказаться в смешномилинеприличном виде

д) страх попадания в ситуацию, когда больной окажется в закрытом, плохо вентилируемом помещении

8. Следующие черты характера пациента предрасполагают к формированию истерического невроза:

а) взрывчатость, агрессивность, нетерпеливость, упрямство

б) инфантилизм, высокая внушаемость, впечатлительность, артистизм

в) высокая утомляемость, истощаемость, слабОВОлие, лень

г) склонность к самоанализу, тревожность, мнительность, педантичность

д) любой из перечисленных выше вариантов характера предрасполагает к указанному типу невроза

9. Следующие черты характера пациента предрасполагают к формированию невроза навязчивых состояний:

а) взрывчатость, агрессивность, нетерпеливость, упрямство

б) инфантилизм, высокая внушаемость, впечатлительность, артистизм

в) высокая утомляемость, истощаемость, слабОВОлие, лень

г) склонность к самоанализу, тревожность, мнительность, педантичность

д) любой из перечисленных выше вариантов характера предрасполагает к указанному типу невроза.

10. Женщина 35 лет, домохозяйка, пережила пылкую влюбленность в друга своего мужа. К разводу с мужем не стремилась, так как высоко ценила его заботу о семье. На этом фоне появились упорные головные боли, беспричинные обмороки, боли в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке. При обследовании соматической патологии не обнаружено.

Наиболее вероятный диагноз:

а) неврастения

б) истерический невроз

в) шизотипическое расстройство

г) невроз навязчивых состояний

д) нет признаков психического заболевания

Критерии оценивания:

9-10 правильных ответов – «отлично»;

6-8 правильных ответов – «хорошо»;

4-6 правильных ответов – «удовлетворительно»;

0-3 правильных ответов – «неудовлетворительно».

2. *Написание реферата:*

Темы рефератов:

1. Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З. Фрейда.

2. Теория «невротического превосходства» А. Адлера.

3. Теория «автономного комплекса» К. Юнга.

4. Теория «невротических наклонностей» К. Хорни.

5. Ноогенная теория неврозов В. Франкла.

6. Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и неврозогенез.

7. Нейродинамическая концепция неврозов И.П. Павлова.

8. Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева.
9. Антиципационная концепция неврозогенеза В.Д. Менделевич.
10. Определение невроза. Психогении, пограничные состояния и малая психиатрия.
11. Принципы негативной и позитивной диагностики неврозов. Предпосылки их возникновения и значение для дифференциальной диагностики сегодня.
12. Биологические концепции этиологии и патогенеза неврозов, их актуальность на сегодняшний момент.
13. Социогенетические и психологические концепции этиологии и патогенеза неврозов.
14. Психогении и учение о психической травме.
15. Механизмы психологической защиты и копинг-механизмы, их роль в возникновении неврозов.
16. Личностно-характерологический преморбид больных неврозами. Роль преморбидных особенностей личности в неврозогенезе.

Требования к написанию реферата

Структура реферата

1. Титульный лист (заполняется по единой форме).
2. После титульного листа на отдельной странице следует оглавление (план, содержание), в котором указаны названия всех разделов (пунктов плана) реферата и номера страниц, указывающие начало этих разделов в тексте реферата.
3. После оглавления следует введение. Объем введения составляет 1,5-2 страницы.
4. Основная часть реферата может иметь одну или несколько глав, состоящих из 2-3 параграфов (подпунктов, разделов) и предполагает осмысленное и логичное изложение главных положений и идей, содержащихся в изученной литературе. В тексте обязательны ссылки на первоисточники. В том случае если цитируется или используется чья-либо неординарная мысль, идея, вывод, приводится какой-либо цифрой материал, таблицу - обязательно сделайте ссылку на того автора у кого вы взяли данный материал.
5. Заключение содержит главные выводы, и итоги из текста основной части, в нем отмечается, как выполнены задачи и достигнуты ли цели, сформулированные во введении.
6. Приложение может включать графики, таблицы, расчеты.
7. Библиография (список литературы) здесь указывается реально использованная для написания реферата литература. Список составляется согласно правилам библиографического описания.

Общие требования к тексту.

Текст реферата должен подчиняться определенным требованиям: он должен раскрывать тему, обладать связностью и цельностью. Раскрытие темы предполагает, что в тексте реферата излагается относящийся к теме материал и предлагаются пути решения содержащейся в теме проблемы; связность текста предполагает смысловую соотносительность отдельных компонентов, а цельность - смысловую законченность текста.

С точки зрения связности все тексты делятся на тексты - констатации и тексты - рассуждения. Тексты-констатации содержат результаты ознакомления с предметом и фиксируют устойчивые и несомненные суждения. В текстах-рассуждениях одни мысли извлекаются из других, некоторые ставятся под сомнение, дается им оценка, выдвигаются различные предположения.

План реферата. Изложение материала в тексте должно подчиняться определенному плану - мыслительной схеме, позволяющей контролировать порядок расположения частей текста. Универсальный план научного текста, помимо формулировки темы, предполагает изложение вводного материала, основного текста и заключения. Все научные работы - от реферата до докторской диссертации - строятся по этому плану, поэтому важно с самого начала научиться придерживаться данной схемы. Требования к введению.

Введение - начальная часть текста. Оно имеет своей целью сориентировать читателя в дальнейшем изложении. Во введении аргументируется актуальность исследования, - т.е. выявляется практическое и теоретическое значение данного исследования. Далее

констатируется, что сделано в данной области предшественниками; перечисляются положения, которые должны быть обоснованы. Введение может также содержать обзор источников или экспериментальных данных, уточнение исходных понятий и терминов, сведения о методах исследования. Во введении обязательно формулируются цель и задачи реферата. Объем введения - в среднем около 10% от общего объема реферата.

Основная часть реферата. Основная часть реферата раскрывает содержание темы. Она наиболее значительна по объему, наиболее значима и ответственна. В ней обосновываются основные тезисы реферата, приводятся развернутые аргументы, предполагаются гипотезы, касающиеся существа обсуждаемого вопроса.

Важно проследить, чтобы основная часть не имела форму монолога. Аргументируя собственную позицию, можно и должно анализировать и оценивать позиции различных исследователей, с чем-то соглашаться, чему-то возражать, кого-то опровергать. Установка на диалог позволит избежать некритического заимствования материала из чужих трудов – компиляции. Изложение материала основной части подчиняется собственному плану, что отражается в разделении текста на главы, параграфы, пункты. исследования).

Заключение — последняя часть научного текста. В ней краткой и сжатой форме излагаются полученные результаты, представляющие собой ответ на главный вопрос исследования. Здесь же могут намечаться и дальнейшие перспективы развития темы. Небольшое по объему сообщение также не может обойтись без заключительной части - пусть это будут две-три фразы. Но в них должен подводиться итог проделанной работы.

Список использованной литературы. Реферат любого уровня сложности обязательно сопровождается списком используемой литературы. Названия книг в списке располагают по алфавиту с указанием выходных данных использованных книг.

Объем реферата 12-15 страниц машинописного текста.

Критерии и показатели, используемые при оценивании учебного реферата

Критерии	Показатели
1. Новизна реферированного текста Макс. - 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2. Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.
3. Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4. Соблюдение требований к оформлению Макс. - 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев.
5. Грамотность Макс. - 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей;

- | | |
|--|--|
| | - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых;
- литературный стиль. |
|--|--|

Оценивание реферата

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 86 – 100 баллов – «отлично»;
- 70 – 75 баллов – «хорошо»;
- 51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;
- мене 51 балла – «неудовлетворительно».

Баллы учитываются в процессе текущей оценки знаний программного материала.

3. Решение ситуационных задач

Критерии оценивания решения ситуационных задач

- 1 Этап: практический анализ ситуации, определение проблемы.
- 2 Этап: определение проблемных узлов (возможные причины и прогнозируемые последствия развития ситуации).
- 3 Этап: Условное прогнозирование развития ситуации:
 - Определение окончательной гипотезы, формулировка решения ситуации, обязательна опора на принципы профессиональной этики.
 - Определение способов и методов коррекционного воздействия.
 - Формулировка итоговых выводов.
4. Этап: Решение – ответ строится в соответствии с примерным планом:
 - анализ ситуации, с примерами из задания, доказательствами из теоретического материала по учебным дисциплинам, обязательное использование профессиональных терминов. Если есть необходимость проанализировать ошибочные или правильные действия участников (обоснованная личная позиция приветствуется).
 - предлагаемые варианты действий, обоснованные теоретически и, желательно, подкрепленные практическим личным опытом.
 - прогноз вероятностного развития ситуации, обоснованный и доказательный.

Критерии оценки:

- Оценка «5» (отлично) выставляется в случае полного рассмотрения вопроса, аргументированного выражения своей позиции, отсутствия ошибок, грамотного текста, точность формулировок и т.д.;
- Оценка «4» (хорошо) выставляется в случае полного выполнения всего объема работ при наличии несущественных ошибок, не повлиявших на общий результат работы и т.д.;
- Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется в случае недостаточно полного рассмотрения проблемы, при наличии ошибок, которые не оказали существенного влияния на окончательный результат.;
- Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется в случае, если тема не раскрыта, работа выполнена крайне небрежно и т. д.

4. Написание клинико-психологического заключения

Правила написания клинико-психологического заключения

Подобно тому, как не может быть стандартного набора методик, так невозможно и стандартное построение заключения. Каждое заключение пишется с учетом поставленных перед психологом задач и не может рассматриваться вне клинического запроса.

Как правило, заключение содержит общую и итоговую части.

Общая часть:

Основные данные о клиенте (ФИО, возраст на момент обследования.).

Основные жалобы и претензии со стороны клиента/родителей, педагогов, других лиц.

Анамнестические данные.

Специфика внешнего вида и «рисунка» поведения клиента в процессе обследования, в том числе характер его эмоционального реагирования, общая мотивация, отношение к процедуре

обследования, так и к результатам собственной деятельности (критичность клиента и его адекватность).

Качественная оценка сформированности регуляторной сферы.

Подробная оценка операциональных характеристик деятельности в различные моменты обследования (в том числе и их динамический аспект).

Особенности развития различных компонентов когнитивной сферы, в том числе психических процессов и функций (память, речь и мышление), с кратким описанием наиболее специфичных результатов выполнения тех или иных заданий, методик (как качественных, так, и по возможности, и количественных). Желательно здесь же соотнести выявленные особенности с уровнем сформированности системы пространственных представлений.

Результирующая характеристики уровня интеллектуального развития клиента с учетом имеющихся особенностей развития (мотивации, темпа деятельности и т.п.).

Специфические характеристики аффективной, эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения и их соотнесение с «профилем» уровней базовой аффективной регуляции.

Итоговая часть (заключение):

Психологический диагноз.

Вероятностный прогноз развития.

Рекомендации по дальнейшему сопровождению клиента.

Примечание:

Психологический диагноз вытекает из: анализа результатов углубленной психологической диагностики, в том числе обучаемости клиента;

анализа анамнестических данных;

анализа поведения клиента и специфики внешних особенностей поведения в целом (а не только в процессе обследования) оценки таких важных неспецифических диагностических критериев, как критичность, адекватность.

В психологический диагноз входит и краткое описание таких важных составляющих, как:

уровень общего психического тонуса, психической активности и работоспособности;

Вероятностный прогноз развития – это предполагаемый путь и динамика развития клиента, его дальнейшие перспективы и чувствительность к коррекционно-компенсаторным воздействиям.

Рекомендации – наиболее важный раздел заключения. Они представляют обоснованную последовательность включения в работу с клиентом тех или иных специалистов, определение ведущего направления, последовательность собственно психологической работы (использование тех или иных программ, хотя бы приблизительное определение длительности и формы развивающей и коррекционной работы).

Заключение пишется в двух экземплярах. Это необходимо для того, чтобы при повторных обращениях клиента или необходимости научного обобщения и обработки данных у психолога была реальная возможность проанализировать полученные ранее психологические данные.

В случае необходимости к заключению прилагается протокол. Конкретные данные (ответы больного, результаты субтестов и т.д.) обычно приводятся только для иллюстрации или объяснения подхода к интерпретации. Заключение составляется после тщательного обдумывания по заранее составленному плану.

Оценка/Баллы	Критерии
«Отлично»	Соблюдены все требования по написанию заключения. Допускаются незначительные отклонения.
«Хорошо»	Не выполнены 1-2 требования
«Удовлетворительно»	Не выполнены 3-4 требования
«Неудовлетворительно»	Половина и более требований не находят отражения в заключении.

При составлении заключения не следует забывать, что психолог не формулирует клинический диагноз, а описывает испытуемого в терминах психологической науки. Заключение не констатирует психический статус клиента, а выделяет присущие обследуемому психологические особенности.

5. Проект коррекционной программы для детей и подростков с невротическими расстройствами
Алгоритм разработки и представления проекта коррекционной программы для детей и подростков с невротическими расстройствами

1. Назначение программы.
2. Общая характеристика программы, актуальность программы и ее обоснование.
3. Методологические и теоретические основы.
4. Характеристика контингента (для кого предназначена программа).
5. Цель и задачи программы.
6. Описание используемого оборудования.
7. Организация, формы и методы работы.
8. Требования к специалистам, принимающим участие в работе.
9. План и содержание занятий.
10. Форма контроля реализации программы.
11. Описание конкретного примера работы с использованием программы.

При составлении коррекционной программы необходимо соблюдать следующие **требования:**

- Четкое формулирование целей коррекционной работы.
- Определение круга задач, конкретизирующих данные цели.
- Определение стратегии и тактики работы.
- Отбор конкретных методик и техник.
- Подготовка необходимых материалов и оборудования.
- Выбор формы коррекционной работы (индивидуальная, групповая, смешанная).
- Определение продолжительности проведения коррекционной программы.
- Определение частоты встреч (например, ежедневно, один или два раза в неделю, раз в две недели и т. д.).
- Определение длительности каждой встречи или коррекционного занятия (от 10-15 минут в начале программы до 1,5-2 часов на заключительном этапе)
- Разработка конкретного содержания коррекционной программы в целом и каждого занятия отдельно
- Планирование форм участия других лиц в программе (медиков, педагогов, социальных работников и др.), при работе с семьей - подключение родственников, значимых взрослых и т. д.
- Эстетика оформления результатов выполненного проекта;
- Умение отвечать на вопросы оппонентов, лаконичность и аргументированность ответов.
-

Оценка/Баллы	Критерии
--------------	----------

«Отлично»	облюдены все требования по разработке, оформлению и представлению проекта. Допускаются незначительные отклонения.
«Хорошо»	Не выполнены 1-2 требования
«Удовлетворительно»	Не выполнены 3-4 требования
«Неудовлетворительно»	Половина и более требования не находят отражения в итоговой работе.

6.2. Оценочные средства и критерии оценивания для промежуточной аттестации **Вопросы к зачету**

1. Определение неврозов и история развития учения о неврозах.
2. Принципы негативной и позитивной диагностики неврозов. Предпосылки их возникновения и значение для дифференциальной диагностики сегодня.
3. Обзор основных теорий и концепций неврозогенеза.
4. Биологические концепции этиологии и патогенеза неврозов, их актуальность на сегодняшний момент.
5. Социогенетические и психологические концепции этиологии и патогенеза неврозов.
6. Психогении и учение о психической травме.
7. Психологические (мотивационные) конфликты. Интрапсихический невротический конфликт; типы невротических конфликтов по В.Н. Мясищеву.
8. Механизмы психологической защиты и копинг-механизмы, их роль в возникновении неврозов.
9. Личностно-характерологический преморбид больных неврозами. Роль преморбидных особенностей личности в неврозогенезе.
10. Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З. Фрейда.
11. Теория «автономного комплекса» и «мистический невроз» К.Г.Юнга.
12. Теория «невротических наклонностей» К. Хорни.
13. Теория «невротического превосходства» А. Адлера.
14. Ноогенная теория неврозов В. Франкла.
15. Теория «отношений» В.Н. Мясищева применительно к неврозогенезу.
16. Классификация невротических расстройств.
17. Динамика и исходы невротических расстройств (основные варианты клинического течения).
18. Этапы неврозогенеза (по В.Д. Менделевичу).
19. Истерический невроз (история, этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы лечения).
20. Невроз навязчивых состояний (история, этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы лечения).
21. Неврастения (история, этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы лечения).
22. Невротическая депрессия (этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы лечения).
23. F40 - тревожно-фобические расстройства (агорафобия, социальные фобии, изолированные фобии).
24. F41 - тревожные расстройства (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство).
25. F42 – обсессивно-компульсивное расстройство.
26. F43 – реакции на тяжёлый стресс и нарушения адаптации (острая реакция на стресс, ПТСР, расстройства приспособительных реакций).
27. F44 – диссоциативные (конверсионные) расстройства (диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга, диссоциативный ступор, трансы и состояния овладения,

диссоциативные расстройства моторики, диссоциативные судороги, диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия, синдром Ганзера, расстройство множественной личности).

28. F45 – соматоформные расстройства (соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, хроническое (устойчивое) соматоформное болевое расстройство).
29. F48 – другие невротические расстройства (синдром деперсонализации-дереализации).
30. Особенности этиопатогенеза невротических расстройств у детей раннего возраста.
31. Особенности протекания невротических расстройств в подростковом возрасте.
32. Особенности невротогенеза в позднем возрасте.
33. Патопсихологические особенности невротических расстройств.
34. Значение патопсихологических методов в диагностике и дифференциальной диагностике неврозов.
35. Дифференциальная диагностика неврозов с другими нервно-психическими заболеваниями.
36. Организационные вопросы профилактики неврозов.
37. Понятие психологической помощи. Психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия пациентов с невротическими расстройствами.
38. Основные методы психотерапии невротических расстройств.
39. Особенности психотерапии детей раннего возраста.
40. Методы психотерапии: онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия.
41. Игровая терапия в клинике неврозов.
42. Методы психотерапии неврозов: сказкотерапия.
43. Символдрама. Песочная терапия. Арт-терапия в клинике неврозов.
44. Поведенческий подход в психотерапии неврозов.
45. Аутогенная тренировка в психотерапии неврозов.

Критерии оценки знаний студентов при проведении недифференцированного зачета

До сдачи зачёта допускаются студенты, не имеющие академических задолженностей по изучаемой дисциплине (неотработанных пропусков семинарских и лекционных занятий, неудовлетворительных оценок по контрольным работам).

«Зачёт» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Нет зачёта» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Уровень качества ответа студента на зачете определяется с использованием следующей системы оценок:

1. Оценка «зачтено» предполагает:

- Хорошее знание основных терминов и понятий курса;
- Хорошее знание и владение методами и средствами решения задач;
- Последовательное изложение материала курса;
- Умение формулировать некоторые обобщения по теме вопросов;
- Достаточно полные ответы на вопросы при сдаче зачёта;

- Умение использовать фундаментальные понятия из базовых естественнонаучных и общепрофессиональных дисциплин при ответе.

2. Оценка «не зачтено» предполагает:

- Неудовлетворительное знание основных терминов и понятий курса;
- Неумение решать задачи;
- Отсутствие логики и последовательности в изложении материала курса;
- Неумение формулировать отдельные выводы и обобщения по теме вопросов;
- Неумение использовать фундаментальные понятия из базовых естественнонаучных и общепрофессиональных дисциплин при ответах на зачёте.

7. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

7.1. Основная литература

1. Болотова, А. К. Прикладная психология. Основы консультативной психологии : учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / А. К. Болотова. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2020 — 375 с. — (Серия : Бакалавр и магистр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-01099-2. — Режим доступа: www.biblio-online.ru/book/A84C3651-E7B0-456A-82FD-67750790DA19.
2. Детская и подростковая психотерапия : учебник для бакалавриата и магистратуры / Е. В. Филиппова [и др.] ; под ред. Е. В. Филипповой. — М. : Издательство Юрайт, 2020 — 430 с. — (Серия : Бакалавр и магистр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-00349-9. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/D43A7E3A-C10C-4E4B-8E13-72A71BBB5BB9.
3. Зверева, Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста : учебное пособие для вузов / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 222 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-08286-9. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/455739>
4. Кашапов, М. М. Консультационная работа психолога / М. М. Кашапов. — 2-е изд., испр. И доп. — М. : Издательство Юрайт, 2019 — 197 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-00280-5. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/FDD33FCD-E985-49C9-99AC-902A05047EE0.
5. Орлова, Е. А. Патопсихология : учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Е. А. Орлова, Р. В. Козьяков, Н. В. Рышлякова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 361 с. — (Серия : Бакалавр. Прикладной курс). — ISBN 978-5-534-00499-1.
6. Орлова Е. А. Клиническая психология [Электронный ресурс] : учеб. : рек. Мин. обр. РФ / Е. А. Орлова, Н. Т. Колесник ; отв. ред. Г. И. Ефремова. - М. :Юрайт, 2012. - 363 с. ЭБС <http://www.biblioclub.ru/book/>
7. Решетников, М. М. Трудности и типичные ошибки начала терапии : практ. пособие / М. М. Решетников. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017 — 242 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-03252-9. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/C81D6E4F-C7DA-43B5-8E6C-4C30174A92DC.
8. Шапошникова, Т. Е. Основы психоконсультирования и психокоррекции : учебник и практикум для академического бакалавриата / Т. Е. Шапошникова, В. А. Шапошников. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Издательство Юрайт, 2020 — 147 с. — (Серия : Университеты России). — ISBN 978-5-534-04953-4. — Режим доступа: www.biblio-online.ru/book/03D7604B-EC09-4529-9462-BFEE88617974.

7.2. Дополнительная литература

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. / Л.О. Бадалян. – М.: Медицина, 1984. – 576 с.

2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов/В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков — М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2002.- 512 с.
3. Бухановский А.О. Общая психопатология/ А.О. Бухановский, Ю.А. Кутянин, М.Е. Литвак. - Руководство по детской неврологии / под ред, В.И. Гузевой. - СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 416 с.
4. Гуровец Г.В. Психопатология детского возраста/ Г.В. Гуровец. — М.: Владос, 2008. — 360 с.
5. Зейгарник, Б. В. Основы патопсихологии : учебник для СПО / Б. В. Зейгарник. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018 — 367 с. — (Серия : Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-04880-3. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/77DA8D10-E25A-493D-B1BC-DEA96911F3D2.
6. *Исаев Д.Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития: учеб. для вузов / Д. Н. Исаев. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. - 469 с*
7. Кочюнас, Римантас Психологическое консультирование и групповая психотерапия: [учеб. пособие для вузов]/ Р. Кочюнас; предисл. В.В. Макарова. - 6-е изд. - М.: Трикта: Академический Проект, 2008 - 464 с.
8. Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.

7.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронные библиотеки.

1. Носийская Государственная Библиотека : <http://www.rsl.ru/>
2. Научная электронная библиотека: <http://txt.elibrary.ru/>
3. Научная библиотека Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова: <http://www.lib.msu.su/index.html>
4. Открытая русская электронная библиотека: <http://orel.rsl.ru/index.shtml>
5. Научная библиотека Санкт-Петербургского университета: <http://www.lib.pu.ru/>
6. The Library of Congress (Библиотека Конгресса США) <http://www.loc.gov> .
7. The British Library (Британская библиотека) - <http://www.bl.uk>
8. Библиотека Вашингтонского университета - <http://www.lib.washington.edu>
9. ЭБС «Знаниум»: <http://znanium.com>
10. ЭБС «Юрайт»: <https://www.biblio-online.ru/>
11. <http://www.1september.ru> Издательство «1 сентября», электронные версии изданий
12. <http://katalog.iot.ru> Каталог образовательных ресурсов сети Интернет.
13. <http://www.twirpx.com> - Электронная библиотека.
14. <http://www.alleng.ru> - электронные учебники, тесты, задачи, пособия.
15. Научная электронная библиотека <http://www.elibrary.ru> .

Психологические издания в Интернете:

1. Вестник Московского университета. Серия 14 Психология
2. Интернет-журнал «Ломоносов»
3. Вопросы психологии (журнал)
4. Высшее образование сегодня (журнал)
5. Журнал кафедры практической психологии РГПУ им. А.И.Герцена
6. Журнал практической психологии и психоанализа
7. Интернет-ресурс PsyJournals.ru (МГППУ) журналы «Методология и история психологии», «Клиническая и специальная психология»

8. Материально-техническое обеспечение

Персональные компьютеры. Принтеры. Выход в интернет. Сканер. Компьютерные классы с постоянным выходом в Интернет. Электронные библиотеки. Электронные ресурсы.

9. Программное обеспечение

При осуществлении образовательного процесса по дисциплине используются информационные технологии обработки данных с помощью прикладных программных

продуктов Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint, Microsoft Access; программные пакеты SPSS, STATA. Осуществляется поиск информации в WWW-пространстве; работа с Web-страницами и социальными ресурсами сети Интернет.

Полнотекстовые версии всех источников, указанных в списке основной литературы по дисциплине, размещены в автоматизированной библиотечно-информационной системе университета.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 03B6A3C600B7ADA9B742A1E041DE7D81B0
Владелец: Артеменков Михаил Николаевич
Действителен: с 04.10.2021 до 07.10.2022