**1.6. Алгоритм психологического исследования больных с психосоматическими расстройствами.**

Одной из основных задач работы психолога в клинике внутренних болезней является диагностическая работа [1]. Диагностика, всегда предшествующая терапии, проводится психологом не только с целью предоставления врачу дополнительной информации для постановки диагноза, но и для контроля изменений психического статуса пациента в процессе комплексной терапии с применением психокоррекционных воздействий. Прежде чем воздействовать на психологические составляющие психосоматического статуса больного, требуется исследовать психосоматические и соматопсихические взаимосвязи в структуре клинической картины заболевания. Эта задача предполагает наличие у психолога широкого круга знаний как из области медицинской психологии, так и из области медицины, в частности, соответствующей профилю отделения, в котором работает психолог [8].

(...)

Проводя экспериментально-психологическое исследование больного, психолог, прежде всего, выполняет запрос врача, которому предоставляет полученные данные в форме, понятной и полезной для диагностического процесса. Для этого психолог должен уметь оперировать не только психологическими понятиями и концепциями, но и ориентироваться в определенной степени в понятийно-концептуальном аппарате медицины в соответствии с профилем отделения [1]. Это также требует наличия соответствующей медицинской подготовки клинического психолога. *(Соловьева С.Л. Особенности работы психолога в клинике внутренних болезней // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 05.04.2017 г.)*

Алгоритм психологического исследования больного психосоматического профиля включает три этапа: подготовительная работа, клинико-психологическое исследования и экспериментально-психологическое исследование.

**1. Подготовительная работа.** На этом этапе осуществляется предварительный сбор данных о больном, формулируется цель психодиагностического исследования. Этап начинается:

*1) для студентов-психологов* - с выбора тематического больного (при участии преподавателя, психолога отделения и др.) и получения его согласия на проведение исследования и работу со студентом;

*2) для психологов, работающих в учреждениях здравоохранения* - с запроса на консультацию пациента со стороны лечащего врача, заведующего отделением и др.

*(Практикум по психосоматике: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 85 с.)*

В первом случае цель исследования определяет преподаватель, в соответствии с тематикой и целью практического занятия / дисциплины. Во втором случае цель исследования формулирует лечащий врач (при условии, что запрос на консультацию исходил от него), однако здесь стоит учитывать следующее:

Цель исследования на первый взгляд должна определяться лечащим врачом, поскольку психолог в клинике не является самостоятельным независимым специалистом, он не несет юридической ответственности за больного, предоставляя лишь дополнительную информацию, позволяющую врачу в связи с задачами диагностики и терапии более точно квалифицировать психическое состояние пациента. Однако на практике, подобно тому, как психолог часто оказывается не информированным о тех или иных аспектах соматического состояния пациента, лечащий врач может оказаться не информированным о глубинных психологических процессах, оказывающих то или иное влияние на возникновение, течение и исход соматического заболевания. В этой связи врач не всегда может корректно формулировать цель экспериментально-психологического исследования, ставить перед психологом конкретные психодиагностические задачи. Поэтому на практике, как правило, врач и психолог совместно определяют цель психологического исследования, иногда после обсуждения содержания употребляемых терминов, в которые каждый из них может вкладывать свое собственное «клиническое» или «психологическое» содержание [8]. (...)

Формулировка (...) цели обеспечивается теми знаниями по психологии, и, в частности, по медицинской психологии, которые будущий врач получает в процессе обучения в медицинском вузе. Однако эти знания, которые на первый взгляд для студентов имеют немного отношения к будущей врачебной специальности, часто воспринимаются ими формально и используются на практике скорее интуитивно и лишь в процессе накопления профессионального опыта. *(Соловьева С.Л. Особенности работы психолога в клинике внутренних болезней // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 05.04.2017 г.)*

После выбора / назначения больного и изучения его клинической истории болезни (для уточнения диагноза, заключений различных специалистов и обнаружения или исключения органической патологии, объясняющей состояние и жалобы больного) происходит знакомство с ним, установление эмпатического контакта, формирование партнерства.

**2. Клинико-психологическое исследование.** К клинико-психологическим методам исследования личности относятся: беседа, наблюдение, сбор психологического анамнеза, анализ поведения и продуктов деятельности человека. С их помощью психолог на данном этапе работы решает следующие задачи:

*1) Уточнение жалоб больного* (включая жалобы при поступлении и жалоб на момент осмотра).

*2) Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.*

*(Практикум по психосоматике: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 85 с.)*

Сбор анамнестических данных рекомендуется проводить в следующей последовательности: установление точного времени появления жалоб - исследование жизненной ситуации к моменту начала болезни - исследование отдаленного прошлого. *(Малкина-Пых И.Г. Психосоматика)*

Задаются вопросы о влиянии болезни на разные сферы отношений. Можно поинтересоваться у больного, как относятся к его болезни в семье, не мешает ли болезнь его обычным семейным занятиям, увлечениям, как влияет болезнь на результаты его работы, не мешает ли она его карьере. Уместны вопросы относительно того, не связывает ли больной свое недомогание с обстановкой дома и на работе. Ответ на этот вопрос не может убедить психолога в том, что болезнь вызвана внутрисемейным конфликтом, но показывает, насколько семейные отношения и карьера важны для пациента. *(Тюльпин, Ю. Г. Медицинская психология [Текст] : учеб. / Ю. Г. Тюльпин. – М.: Медицина, 2004. – 320 с. – (Учебная литература для студентов медицинских вузов).)*

*3) Выяснение и описание психического статуса.*

Необходимо использовать описательный метод! Нельзя использовать (лишь в крайних случаях) психиатрическую терминологию, которая квалифицирует имеющиеся расстройства в соответствии с пониманием их врачом. Желательно использовать более простые выражения, избегая метафор, образных сравнений. Можно употреблять используемые больным слова и выражения, точно характеризующие его состояние, беря их в кавычки. Но злоупотреблять этим также не следует. Статус не должен представлять собой перечисление сведений, отрицающих нарушения каких-либо психических функций! Однако, если отсутствие какого-либо симптома имеет важное значение для дифференциального диагноза или прогноза в данном клиническом случае, это должно быть отражено (например, суицидальные мысли при наличии депрессии, бред, галлюцинации и др.). (СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. - URL.: http://edumed.narod.ru/psycho/schema.htm)

4) Уточнение и конкретизация цели экспериментально-психологического исследования.

**3. Экспериментально-психологическое исследование.** Экспериментально-психологический метод исследования личности предполагает использование психологических тестов.

В зависимости от поставленной задачи, используемые в психосоматической практике тесты, можно условно разделить на следующие группы:

*1) Выявление и оценка тяжести эмоциональных нарушений:*

* Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина;
* Шкала самооценки депрессии Цунга (в адаптации Т. И. Балашовой);
* Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS);
* Шкала тревоги Гамильтона (HARS);
* Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
* Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора;
* Шкала депрессии Бека;

и др.

*2) Диагностика реакций личности на болезнь и особенностей адаптации к своему заболеванию* (перечисленные выше методы оценки эмоционального состояния можно также включить и в эту группу, поскольку разного рода отрицательные эмоции пациента могут возникать как реакции на заболевание, хотя могут быть обусловлены и другими факторами):

* Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ);
* Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни;
* Гиссенский опросник соматических жалоб;
* Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана;
* Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) (А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина);
* Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса;
* Диагностика копинг-стратегий Э. Хейма;
* Опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля»;

и др.

*3) Изучение преморбидных особенностей личности* (с целью выявления личностных факторов, обусловливающих уязвимость к заболеванию и препятствующих эффективному лечению):

* Методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка;
* Торонтская алекситимическая шкала;
* Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) В.П. Зайцева (Мини-Мульт);
* Опросник Шмишека;
* Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера;
* Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки;
* Тест описания поведения Томаса;
* Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина (в данном случае представляет интерес шкала личностной тревожности);

и др.

4) Отдельную группу составляют *проективные тесты,* при помощи которых можно осуществить комплексную оценку личности - от ее актуального психоэмоционального состояния до устойчивых черт, потребностей, отношений с другими людьми, существующих конфликтов и способов их преодоления и др. К проективным методам исследования личности относятся:

* Методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных;
* Цветовой тест Люшера;
* Тест руки («Hand-test»);
* Рисуночные тесты («Образ себя», «Телесные состояния», «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и др.);
* Тест фрустрационных реакций Розенцвейга;
* Метод Г. Роршаха;

и др.

**1.7. Психобиографический подход в психосоматической диагностике. Этапы сбора психосоматического анамнеза.**

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмысленные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

Первоочередная цель заключается в *нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями или же в констатации их отсутствия.* Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент значимость для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризами. Это предполагает знание личности пациента, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении них с учетом ослабления актуальности прошлых переживаний.

При соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении психотерапевтической оценке?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как он справлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним? Имеются ли у него своя точка зрения на эти и сопоставимые с ними трудности, свое мнение об особых ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Чем более свободно и менее формально протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя психотерапевту, тем больше возможностей обнаружить «сценический» характер его поведения. Представляется ли пациент образцом типичной проблематики межличностных отношений, в которых и возникли его конфликт и вызванные им нарушения? Характерно ли для его проблем экспансивное или сдержанное поведение, полезна или бесполезна в этих условиях его встреча с психотерапевтом? Каковы осанка пациента, его манера разговаривать, как он относится к психотерапевту и к тому, что психотерапевт вмешивается в его интимную жизнь?

Наконец, в первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент утаивает от психотерапевта, несмотря на обилие даваемой им информации. Психотерапевт, со своей стороны, может оценить легко обнаруживаемые или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытым вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволили бы обсудить с пациентом вопросы прогноза и возможностей лечения.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего формирования отношений психотерапевта и пациента. Рекомендуется уже перед первой встречей сделать установку на диагностически-терапевтическое использование пациентом своих чувственных реакций. Важные указания на свой конфликт пациент часто дает тем, что использует в отношениях с психотерапевтом свою привычную систему переноса и защиты (Любан-Плоцца и др., 2000).

В течение первых минут пациенты обычно расслабляются. Они с удивлением замечают, что о проблемах оказывается возможным говорить; при этом можно затрагивать очень личные вопросы, не впадая в особое смущение.

Разговор с самого начала должен также преследовать терапевтические цели. Это пациент должен чувствовать, т. к. он часто хотел бы начать лечение с момента, когда он переступит порог кабинета.

Рекомендуется использовать даже едва уловимое структурирование процессов как метод исследования, позволяющий оценивать как потребности, так и свободу пациента, которые в его собственном представлении противоречат друг другу, но психотерапевту позволяют составить общую картину болезни.

1. Вначале задают вопрос о **жалобах,** давших основание для обращения к психотерапевту: «Что привело вас сюда?» Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный пациент указывает конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз: «стенокардия», «язва», «ревматизм». Эти жалобы обязывают расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии своими словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить **время появления болезненных переживаний:** «Когда вы это почувствовали впервые?» Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Психотерапевт должен настойчиво расспрашивать пациента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. Анамнез жизни в рамках общеврачебной ситуации, когда психотерапевт получает как психические, так и соматические данные, включает и соматическое обследование.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о **жизненной ситуации к моменту начала болезни:** «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?» Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях в служебной деятельности, жилищных условиях. Пациент должен при этом вызывать у себя воспоминания в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), то психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение.

4. При **ретроспективном взгляде** жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». При сборе анамнеза разговор ведется об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается **картина личности пациента в целом.** Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» — такие вопросы приводят самого пациента к пониманию собственных способов реагирования.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности полезно в качестве основной линии беседы (рис. 1).

Диагностическая беседа имеет отчасти характер провокации. Психотерапевт оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают пациента на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось вами тогда? Мы еще совсем не говорили о сек-



*Рис. 1. Анамнез в психосоматике*

суальности. Вы еще не сказали о своем браке». При этом следует отрешиться от представления, что пациент все о себе знает. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Пациент должен быть открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, если они могут стать плодотворными. Наиболее важными оказываются те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре — это «ворота» для прорыва вытесненных до того воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для наступающего озарения. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жестко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Ошибочно также воспринимать молчание пациента «аналитически» и путать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

*Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.*

**Схема описания психического статуса[[1]](#footnote-1)**

*(Характеристики психического статуса Вашего пациента нужно вписать в правый столбец таблицы. Характеристики психического статуса в левом столбце таблицы, выделенные желтым цветом, приведены в качестве примера, использование КАЖДОЙ из характеристик не является обязательным. Не забудьте удалить эти выделенные желтым цветом пояснения из левого столбца в готовом психическом статусе!!!)*

|  |
| --- |
| **Психический статус:** |
| ***Состояние сознания:*** (например: ясное, помраченное, аменция, делирий, онейроид, сумеречное) |  |
| ***Ориентировка:*** (охарактеризовать ориентировку во времени, окружающем, собственной личности) |  |
| ***Внешность:*** (дать описание следующему: конституциональные особенности, поза, осанка, одежда, опрятность, ухоженность, выражение лица) |  |
| ***Внимание:*** (например: пассивное, активное. Способность к сосредоточению, устойчивость, рассеянность, истощаемость, отвлекаемость, слабая распределенность, инертность, патологическая концентрация, персеверации) |  |
| ***Поведение и психическая деятельность:*** (дать описание следующему: походка, выразительность движений, адекватность переживаниям, жестикуляция, манерность, тики, подергивания, стереотипные движения, угловатость или пластичность, проворность движений, вялость, гиперактивность, ажитированность, воинственность, эхопраксии) |  |
| ***Речь:*** (например: быстрая, медленная, затрудненная, запинающаяся, эмоциональная, монотонная, громкая, шепотная, невнятная, бормочущая, с эхолалиями, интенсивность речи, высота, легкость, спонтанность, продуктивность, манера, время реакции, словарный запас) |  |
| ***Отношение к беседе и психологу:*** (например: дружественное, внимательное, заинтересованное, искреннее, кокетливое, игривое, располагающее, вежливость, любопытство, враждебное отношение, оборонительная позиция, сдержанность, настороженность, неприязнь, холодность, негативизм, позерство. Степень контакта, попытки уклониться от беседы. Активное стремление к беседе или пассивное подчинение. Наличие или отсутствие интереса. Стремление подчеркнуть или скрыть болезненное состояние) |  |
| ***Ответы на вопросы:*** (например: исчерпывающие, уклончивые, формальные, лживые, раздражительные, грубые, циничные, насмешливые, краткие, многословные, обобщенные, на примерах) |  |
| ***Эмоциональная сфера:*** (дать описание следующему: преобладающее настроение (окраска, устойчивость), колебание настроения (реактивно, аутохтонно). Возбудимость эмоций. Глубина, интенсивность, длительность эмоций. Способность к коррегированию эмоций, сдержанность. Тоска, чувство безысходности, тревожность, плаксивость, пугливость, внимательность, раздражительность, охваченность ужасом, злобой, экспансивность, эйфоричность, чувство опустошенности, виновности, собственной неполноценности, высокомерия, взбудораженность, ажитация, дисфория, апатия, амбивалентность. Адекватность эмоциональных реакций. Суицидальные мысли) |  |
| ***Мышление:*** (дать описание следующему: мысли, суждения, умозаключения, понятия, представления. Склонность к обобщениям, анализу, синтезу. Спонтанность и аспонтанность в беседе. Темп мышления, правильность, последовательность, отчетливость, целенаправленность, переключаемость с одной темы на другую. Способность к суждениям и умозаключениям, релевантность ответов. Суждения ясные, простые, адекватные, логичные, противоречивые, легкомысленные, благодушные, неопределенные, поверхностные, бестолковые, нелепые. Мышление абстрактное, конкретное, образное. Склонность к систематизации, обстоятельности, резонерству, вычурности. Содержание мыслей) |  |
| ***Память:*** (дать описание следующему: нарушение функций фиксации, сохранения, воспроизведения. Память на события прошлой жизни, недавнего прошлого, запоминание и воспроизведение текущих событий. Расстройства памяти (гиперамнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия) |  |
| ***Интеллектуальная сфера:*** оценка общего уровня знаний, образовательного и культурного уровня знаний, преобладающие интересы. |  |
| ***Критика:*** (дать описание следующему: степень осознания больным своей болезни (отсутствует, формальная, неполная, полная). Осознание связи болезненных переживаний и нарушений социальной адаптации основным заболеванием. Мнение больного об изменениях с начала болезни. Мнение больного о причинах поступления в стационар) |  |
| ***Настрой и отношение к предстоящему лечению:*** (дать описание следующему: Место больного в предстоящем лечебном процессе. Ожидаемый результат) |  |
| ***Психопатологическая продукция:*** (присутствуют или отсутствуют обманы восприятия, бред) |  |

**План сокращенного психологического заключения**

*(пояснений, выделенных желтым цветом, в готовом заключении быть не должно!!!)*

|  |
| --- |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ** |
| **Больной Б. или Больная А., возраст:** |
|  |
| **Диагноз клинический при поступлении:** (взять из истории болезни!) |
|  |
| **Психический статус:** (пишется в соответствии со схемой описания психического статуса!!!) |
|  |
| **Цель психологического исследования:** |
|  |
| **Использованные методики:** |
|  |
| **Поведение во время эксперимента:** |
|  |
| **Описание результатов экспериментально-психологического исследования:** (дается для каждой методики отдельно, в новом абзаце и с красной строки, включает количество баллов по шкалам и интерпретацию) |
|  |
| **Общее заключение по экспериментально-психологическому исследованию:** (содержит краткое повторение основных результатов исследования) |
|  |
| **Рекомендации по психокоррекционной работе:** |
|  |
| **Клинический психолог:** (Ф.И.О. студента, № группы) |
|  |
| **Дата:** (Дата. Месяц. Год исследования) |
|  |

**План развернутого психологического заключения**

*(пояснений, выделенных желтым цветом, в готовом заключении быть не должно!!!)*

|  |
| --- |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ** |
| **Больной Б. или Больная А., возраст:** |
|  |
| **Диагноз клинический при поступлении:** (взять из истории болезни!) |
|  |
| **Жалобы при поступлении:** |
|  |
| **Жалобы на момент осмотра:** (перечислить жалобы соматического и психологического характера – эмоциональные, когнитивные и т.д.) |
|  |
| **Психический статус на момент осмотра:** (пишется в соответствии со схемой описания психического статуса!!!) |
|  |
| **Анамнез:** (см. пункты 2 – 5 сбора анамнеза в психосоматике в учебнике «Психосоматика» И.Г. Малкиной-Пых) |
|  |
| **Цель психологического исследования:** |
|  |
| **Использованные методики:** |
|  |
| **Поведение во время эксперимента:** |
|  |
| **Описание результатов экспериментально-психологического исследования:** (дается для каждой методики отдельно, в новом абзаце и с красной строки, включает количество баллов по шкалам и интерпретацию) |
|  |
| **Общее заключение по экспериментально-психологическому исследованию:** (содержит краткое повторение основных результатов исследования) |
|  |
| **Рекомендации по психокоррекционной работе:** |
|  |
| **Клинический психолог:** (Ф.И.О. студента, № группы) |
|  |
| **Дата:** (Дата. Месяц. Год исследования) |
|  |

**Требования к оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования**

Поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см.

Шрифт Times New Roman, кегль – 12 для всего текста. К заглавию (Заключение по данным …) и пунктам заключения (Психический статус: … , Цель психологического исследования: … и др.) применяется полужирное начертание. Заглавие пишется прописными (заглавными) буквами.

Межстрочный интервал для всего документа – одинарный, отступ – 1,25 см. Заголовок выравнивается по центру, весь остальной текст – по ширине. Каждый пункт заключения пишется с «красной строки».

Заключение не должно содержать орфографических ошибок.

При несоблюдении требований к оформлению оценка за заключение снижается.

1. Источник: Схема для оценки психического статуса пациента. // Сайт Вунивере.ру – учебные материалы для студентов. – URL.: <http://vunivere.ru/work7282>. (Дата обращения: 07.07.2016 г.) [↑](#footnote-ref-1)