федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПО ПСИХОТЕРАПИИ»**

по специальности ординатуры

31.08.22. «Психотерапия»

(код, наименование направления подготовки (специальности))

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

(наименование практики)

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

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от « 22 » июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

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

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

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

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

**Критерии оценивания на зачете по практике**

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

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

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

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

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

**Задача № 1**

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

1. Имел ли право клинический психолог отказываться от проведения фактически подготовленного мероприятия?
2. Какие основания были у психолога для отказа проводить мероприятие? Какие именно негативные последствия возможны были в случае проведения психологом «лекции» для 120 школьников?
3. Какой теме можно посвятить публичную лекцию, соответствующую целям первичной позитивной профилактики зависимого поведения? Стоит ли на мероприятии подобного формата затрагивать тему непосредственно наркотиков?
4. Каких принципов необходимо придерживаться при работе с подростками?
5. Стоит ли в работе с подростками отдавать предпочтение методам устрашения и запугивания? Ответ обоснуйте.

**Эталоны ответов:**

1.Клинический психолог имел право отказаться от проведения фактически подготовленного мероприятия. Для эффективной профилактической работы необходимо занятия проводить в малых группах: по 6-8 человек, чтобы у каждого участника было больше возможности высказаться проявить себя, чтобы учитель, психолог врач, или другой специалист могли достаточно пообщаться и познакомиться с каждым. Поскольку имела место предварительная договоренность о том, что работа будет проведена с группой подростков в количестве 8-10 человек и психолог составил программу мероприятий с учетом именно этого объема группы, то ответственность за срыв мероприятия лежит на руководстве школы, которое по своему усмотрению, без предварительного согласования с психологом, увеличило группу до 120 человек. Формат работы с малыми группами существенно отличается от формата работы с группами свыше 100 человек и психолог не был (и не мог быть) готов работать с группой такого объема.

2.Есть принципы проведения профилактической работы с подростками, которые необходимо соблюдать, что в данном случае было невозможно.

Для эффективной профилактической работы необходимо занятия проводить в малых группах: по 6-8 человек, чтобы у каждого участника было больше возможности высказаться проявить себя, чтобы учитель, психолог врач, или другой специалист могли достаточно пообщаться и познакомиться с каждым.

Негативные последствия возможны в случае проведения психологом «лекции» для 120 школьников. Односторонняя подача информации дает низкие результаты, невозможно узнать в индивидуальном порядке, что они знают о зависимостях, возможен обмен информацией между подростками, происходит обмен знакомствами, а также появляется возможность для делинквентного подростка доказать по-своему свою индивидуальность.

3.Тематика публичных выступлений должна быть только позитивной, например: «о жизни и здоровье», «о семье и детях», «об учебе и труде», «о нравственности, верованиях и духовности», «о культуре и досуге», «о трудностях в жизни и способах их трезвеннического преодоления», «об общении, коммуникативных навыках и способах противостоять давлению других», «о трезвеннических способах получения радости и удовольствия» и др.

Не рекомендуется посвящать публичные лекции темам, непосредственно относящимся к наркотикам, алкоголю, табаку и другим психоактивным веществам. Доказано, что в данном случае чаще всего усиливается интерес к «запретному плоду». Рассмотрение специальных наркологических тем должно быть только адресным – для специально подобранной небольшой аудитории специалистов (педагогов, психологов, врачей-педиатров и т. п.), а также лиц (в т. ч. детей и подростков), в отношение которых установлено, что они уже приобщились (или начали приобщаться) к употреблению наркотиков.

4. (1) Помнить, что тема «о наркотиках» (так же как и темы секса, агрессии и преступности) является для подростков особо значимой, «эмоционально заряженной». Следовательно, любой разговор с ним об этом должен вестись с повышенным вниманием к его самолюбию, его эмоциям, его ценностям, его индивидуальности.

(2) Важно сначала «изучить аудиторию», выяснить уровень их знаний и компетентности в этом вопросе, а затем – в виде диалога, диспута и т. п. – вернуть подросткам их же информацию, но уже в новом русле (дать подростку возможность переоценить, переосмыслить то, что он уже знает).

(3) Соблюдать принцип активного усвоения информации – т. е., обязательное участие самого подростка в процессе беседы, диалога и т. п.

(4) Независимо от конкретного содержания занятия уделять внимание формированию у подростков самостоятельности, подлинной ответственности – прежде всего перед самим собой – за свои дела и поступки, за научение и умение сказать «нет» в компании.

5. Нет, не стоит, поскольку это снижает эффективность наркопрофилактического мероприятия. Хотя любая история, связанная с наркотиками может оказаться страшнее и неприятнее любого триллера, но если знакомство с ней происходит в виде односторонней подачи информации, если подросток – лишь объект устрашения (а не участник диалога), то с наибольшей вероятностью произойдут две вещи: (1) запретный плод станет еще более манящим, (2) подросток не воспримет сказанное как реальную угрозу, т. к. после всего того, что он уже видел в кино и на видео, его вряд ли можно напугать по-настоящему чем-то еще. Не стоит забывать и о том, что любая неприятная информация забывается, либо перестает вызывать сильные эмоции вследствие работы механизмов психологической защиты.

**Задача № 2**

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

1. Может ли клинический психолог строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики?
2. Насколько могут быть эффективными предупредительно-запретительные методики профилактической работы с данной группой подростков?
3. Обязан ли клинический психолог требовать согласия родителей подростков, замеченных в употреблении психоактивных веществ для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения?
4. В чем различие между первичной и вторичной наркопрофилактикой?
5. Какие принципы должен соблюдать психолог при работе с подростками?

**Эталоны ответов:**

1. Клинический психолог не может строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики. Поскольку эти подростки неоднократно были замечены в употреблении психоактивных веществ и привлекались к административной ответственности за антиобщественные действия, то работу с ними необходимо построить в рамках вторичной наркопрофилактики.

2. Предупредительно-запретительные методики не могут дать гарантийный высокий результат. Это зависит от нескольких факторов: от индивидуальных личностных качеств подростка, от внешних обстоятельств (микроокружение и т.д.), сопутствующих неврологических нарушений. Необходима длительная психотерапия, а также работа с семьей.

3.Да, обязан, согласно закону о психиатрической помощи (Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017). При работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет и больными наркоманией в возрасте до 16 лет необходимо брать согласие его родителей или иных законных представителей для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения.

4. Первичная профилактика направлена на предотвращение возникновения нарушения или болезни за счет воздействия на причины и условия развития заболевания или на повышение устойчивости индивида к неблагоприятным факторам. Вторичная профилактика направлена раннюю диагностику болезней, выявление лиц, демонстрирующих поведение риска, применение к ним лечебных и корригирующих мероприятий. Таким образом, первичная профилактика зависимостей проводится с лицами, не имеющими опыта употребления ПАВ, она является более массовой (допускает работу, как с малыми, так и с большими группами) и требует совместных усилий психологов, педагогов и социальных работников. Вторичная профилактика зависимостей проводится с лицами, которые были неоднократно замечены за употреблением ПАВ, мероприятия по вторичной профилактике предполагают работу только в малых группах и требуют участия не только психологов, педагогов и социальных работников, но и врачей.

5. 1) Помнить, что тема «о наркотиках» (так же как и темы секса, агрессии и преступности) является для подростков особо значимой, «эмоционально заряженной». Следовательно, любой разговор с ним об этом должен вестись с повышенным вниманием к его самолюбию, его эмоциям, его ценностям, его индивидуальности.

(2) Важно сначала «изучить аудиторию», выяснить уровень их знаний и компетентности в этом вопросе, а затем – в виде диалога, диспута и т. п. – вернуть подросткам их же информацию, но уже в новом русле (дать подростку возможность переоценить, переосмыслить то, что он уже знает).

(3) Соблюдать принцип активного усвоения информации – т. е., обязательное участие самого подростка в процессе беседы, диалога и т. п.

(4) Независимо от конкретного содержания занятия уделять внимание формированию у подростков самостоятельности, подлинной ответственности – прежде всего перед самим собой – за свои дела и поступки, за научение и умение сказать «нет» в компании.

**Задача № 3**

Во время беседы у нарколога пациент отказывается принимать лечение, мотивируя свой отказ тем, что у него нет проблемы с алкоголем. «Я в любой момент могу остановиться, и если захочу, то смогу контролировать употребление спиртных напитков». Из анамнеза известно, что пациент злоупотребляет алкоголем на протяжении пятнадцати лет, пьянство носит псевдозапойный характер. Запои до одного месяца, со «светлыми» промежутками до двух недель. Неоднократно лечился у нарколога, максимальный срок ремиссии три месяца.

1. Какой способ психологической защиты использует пациент?
2. Дайте характеристику этому механизмам психологической защиты.
3. Определите стадия алкогольной зависимости у пациента. Что на это указывает?
4. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко имеет место у пациента? Дайте его характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Эталоны ответов:**

1. Отрицание.

2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует.

3. Вторая стадия алкогольной зависимости.

Псевдозапойный характер пьянства, пятнадцатилетний стаж употребления.

4. Анозогнозический тип отношения к болезни.

Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется».

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.

**Задача № 4**

У больной, 19 лет, с полным средним образованием, обнаружена положительная реакция Вассермана. Не отрицая случайных половых связей и указывая, что около месяца назад у нее были высыпания на теле, которые прошли сами собой, категорически отказалась от лечения, и не вняла объяснениям медицинского персонала. Вечером рассказала подруге, плача от обиды, что ее заставляют лечить «позорную болезнь», какой у нее нет и быть не может.

1. Какими механизмами психологической защиты обусловлено поведение больной?
2. Дайте характеристику этим механизмам психологической защиты.
3. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко наблюдается у пациентки? Дайте его характеристику.
4. Какие факторы способствовали появлению именно такой реакции на болезнь у пациентки?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Эталоны ответов:**

1.Отрицание. Регрессия.

2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует.

Регрессия – это возвращение к свойственным более раннему возрасту методам психосексуального функционирования с целью избежания конфликтов, переживаемых на более поздних стадиях развития.

3. Анозогнозический тип отношения к болезни.

Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется».

4. Сифилис относится к социально-значимым заболеваниям, он может стать причиной неприятия и осуждения со стороны социума. Личностная незрелость (инфантильность) пациентки.

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение, поиск позитивного смысла болезни (болезнь - как урок, болезнь - как повод переосмыслить свой образ жизни). Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.

**Задача № 5**

Врач после осмотра больной с язвенным блефоритом сказал ей: «Я назначаю вам мазь и полоскание ромашкой, но оно все равно не поможет, а если и поможет, то болезнь будет рецидивировать». Больная впала в депрессивное состояние, считая себя обреченной на всю жизнь.

1. О каком влиянии врача на больную идет речь?
2. Дайте определение этого влияния.
3. Какие особенности личности пациентки обусловили ее состояние?
4. Какой тип отношения к болезни (по классификации Личко) имеет место у пациентки? Дайте ему характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к работе с пациенткой? Какие методы психотерапии будут эффективны в данном случае?

**Эталоны ответов:**

1. О терапевтической ятрогении. Здесь наблюдается так называемый терапевтический нигилизм, т.е. пессимистический взгляд врача на предполагаемые результаты лечения.

2. Ятрогении (от греч. iatros — врач, gennao — порождаю) — это нежелательные изменения и расстройства психики, порожденные врачом. Здесь наблюдается так называемый терапевтический нигилизм, т. е. пессимистический взгляд врача на предполагаемые результаты лечения.

3. Внушаемость, зависимость от мнения авторитетных лиц.

4. Меланхолический тип отношения к болезни.

Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

5. Исключить эндогенную природу депрессии у пациентки (уточнить анамнез жизни, семейный анамнез и др.). Провести коррекцию внутренней картины болезни, сформировать позитивные установки на лечение.

Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (релаксация, аутогенная тренировка).

**Задача № 6**

Клинический психолог приглашен в школу для проведения профилактического мероприятия со старшеклассниками, а именно прочитать публичную лекцию, соответствующую целям первичной позитивной профилактики зависимого поведения.

1. Какой направленности должна быть тематика публичных выступлений и почему?
2. Стоит ли посвящать публичную лекцию теме непосредственно наркотиков и других психоактивных веществ?
3. Какие темы можно затронуть на лекции?
4. Какими принципами должен руководствоваться психолог при работе с подростками?
5. Какие еще формы проведения мероприятий первичной позитивной наркопрофилактической направленности (кроме лекций) могут быть использованы для работы с большими группами?

**Эталоны ответов:**

1.Тематика публичных выступлений должна быть только позитивной. Вопросы о психоактивных веществах не следует ставить в названия тем и не следует выпячивать на передний план. Такие вопросы должны подчиняться по контрасту формированию положительных жизнеутверждающих установок. В отличие от традиционной лекционной пропаганды и в отличие от санитарно-просветительной деятельности лекции с антинаркотической направленностью непременно должны нести в себе мощный воспитательный заряд. Они должны мотивировать (вызывать желание) самосовершенствование, личностное созревание, воспитывать духовные ценности. В этой связи лекционную антинаркотическую работу правильнее называть антинаркотическим воспитанием (с помощью лекций и занятий).

2. Что касается вопросов, непосредственно относящихся к наркотикам, алкоголю, табаку и другим психоактивным веществам, то этим темам, как показал мировой опыт, публичные лекции лучше вообще не посвящать. Доказано, что в данном случае чаще всего усиливается интерес к «запретному плоду». Рассмотрение специальных наркологических тем должно быть только адресным - для специально подобранной небольшой аудитории специалистов (педагогов, психологов, врачей - педиатров и т.п.), а также лиц (в т. ч. детей и подростков), в отношение которых установлено, что они уже приобщились (или начали приобщаться) к употреблению наркотиков. Занятия такого рода лучше всего проводить в форме обучения по цикловым программам (темы, разделы, курсы). Содержание таких занятий необходимо согласовать с квалифицированными врачами-наркологами.

3. Клинический психолог может затронуть на публичной лекции следующие темы: (1) о жизни и здоровье; (2) о семье и детях; (3) о любви и дружбе; (4) об учебе и труде; (5) о характере и личности; (6) о нравственности, верованиях и духовности; (7) о правах и законах; (8) о науке и научном мировоззрении; (9) о культуре и досуге; (10) о спорте и половом воспитании; (11) о трудностях в жизни и способах их трезвеннического преодоления; (12) о стрессах и неприятностях и трезвеннических способах получения радости и удовольствия; (13) о самостоятельности, компетентности и жизненной зрелости; (14) об общении, коммуникативных навыках и способах противостоять давлению других; (15) о риске в жизни и способности быть бдительным, беречь и сохранять себя; (16) о том, как выражать себя, преодолевать закомплексованость и управлять своим поведением; (17) о целях и смысле жизни и т. п.

4. (1) Помнить, что тема «о наркотиках» (так же как и темы секса, агрессии и преступности) является для подростков особо значимой, «эмоционально заряженной». Следовательно, любой разговор с ним об этом должен вестись с повышенным вниманием к его самолюбию, его эмоциям, его ценностям, его индивидуальности.

(2) Важно предварительно «изучить аудиторию», выяснить уровень их знаний и компетентности в этом вопросе, а затем – в виде диалога, диспута и т. п. – вернуть подросткам их же информацию, но уже в новом русле (дать подростку возможность переоценить, переосмыслить то, что он уже знает).

(3) Соблюдать принцип активного усвоения информации – т. е., обязательное участие самого подростка в процессе беседы, диалога и т. п.

(4) Независимо от конкретного содержания занятия уделять внимание формированию у подростков самостоятельности, подлинной ответственности – прежде всего перед самим собой – за свои дела и поступки, за научение и умение сказать «нет» в компании.

5. В целях первичной позитивной наркопрофилактики могут быть проведены конкурсы, олимпиады и викторины по темам здоровья, здорового образа жизни и здоровых ценностей. С теми же целями могут быть проведены разного рода спортивные мероприятия, поскольку привитие ценностей физической культуры и спорта, активного проведения досуга является одним из аспектов формирования антиаддиктивного иммунитета личности. Также могут быть организованы совместные мероприятия для детей и их родителей («Семейные старты», «Мой папа самый сильный», «Папа, мама, я – спортивная семья», «Семейные посиделки» и т. п.).

**Задача № 7**

Больной 45 лет, инженер, был направлен на стационарное обследование с подозрением на опухолевый процесс в легком. После проведения флюорографии, когда диагноз подтвердился, больному была рекомендована операция. Он категорически отказался от оперативного лечения, хотя врач рассказал о предполагаемом характере опухоли и последствиях. После этого больной самовольно ушел из стационара, жене сообщил, что не совсем грамотные врачи приняли последствия перелома ребер в юношеском возрасте за онкологическое заболевание и хотели оперировать его с другими «раковыми» больными.

1. Какими механизмами психологической защиты обусловлено поведение больного?
2. Дайте характеристику этим механизмам психологической защиты.
3. Какой ученый первым сформулировал представление о механизмах психологической защиты? Какому психолого-психотерапевтическому направлению он принадлежал?
4. В чем отличие механизмов психологической защиты от копинг-поведения?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Эталоны ответов:**

1. Отрицание. Рационализация.

2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует. Рационализация – это рациональное объяснение больным своих социально неприемлемых чувств, желаний и поступков.

3. Зигмунд Фрейд. Психоанализ (психодинамическое направление).

4. Механизмы психологической защиты являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги. В отличие от них копинг-механизмы представляют собой механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование.

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение, поиск позитивного смысла болезни (болезнь - как вызов, болезнь - как причина полюбить жизнь, ценить каждый день), коррекция страха смерти.

Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (аутогенная тренировка, релаксация), экзистенциальная психотерапия.

**Задача № 8**

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

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Определите масштаб переживания болезни у пациентки. Обоснуйте ответ.
4. Насколько адаптивным является тип отношения к болезни у пациентки?
5. Какой тактики должен придерживаться психолог в работе с этой пациенткой? Каким методам психотерапии стоит отдать предпочтение?

**Эталоны ответов:**

1. Эргопатический тип.

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

3. Гипонозогнозия. Больная склонна недооценивать тяжесть своего состояния.

4. Эргопатический тип отношения к болезни характеризуется как условно адаптивный. Для больных с этим типом отношения к болезни характерно снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, “уходом” в работу, однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют.

5. Необходимо провести коррекцию внутренней картины болезни, убедить больную в том, что несоблюдение предписаний врача в будущем принесет больше вреда ее трудовой деятельности, чем временное ее прекращение в настоящее время. Также будет полезным прояснить причины ее сверхвовлеченности в работу, поскольку «уход в работу» может быть обусловлен затруднениями, который больная испытывает в других сферах жизни, проблемами экзистенциального характера.

Когнитивно-поведенческие психотерапевтические методы, рациональная психотерапия, экзистенциальная психотерапия.

**Задача № 9**

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

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Определите масштаб переживания болезни у пациентки. Обоснуйте ответ.
4. Какие рекомендации можно дать лечащему врачу пациентки?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой? Какие психотерапевтические методы могут быть использованы?

**Эталоны ответов:**

1.Тревожно-мнительный тип, фобический вариант.

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

3. Гипернозогнозия.

Больная склонна преувеличивать значимость отдельных симптомов и своего заболевания в целом.

1. Больные с этим типом отношения к болезни склонны доверять скорее объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому спокойное и уверенное обоснование врачом его убежденности в благоприятном исходе лечения способно успокоить такого больного.

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование позитивных установок на лечение. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (релаксация, аутогенная тренировка).

**Задача № 10**

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

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данного больного.
3. При каком типе акцентуации характера чаще всего встречается такой вариант отношения к болезни?
4. Какой метод психотерапии будет эффективен при работе с такими больными? С какой особенностью личности больных это связано?
5. Какие методы психологической диагностики можно использовать для исследования особенностей личности и типов отношения к болезни у таких больных?

**Эталоны ответов:**

1. Эгоцентрический тип отношения к болезни.

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

3. Демонстративная (истероидная) акцентуация характера.

4. Гипносуггестивный метод. Повышенная внушаемость.

5. СМИЛ. Опросник Шмишека. ТОБОЛ.

**Упражнения № 11. Основные принципы психовосстановительного обучения**

*Психовосстановительное обучение* проводится со взрослыми боль­ными, имеющими нарушения ВПФ, и прежде всего речи, и яв­ляется важным разделом нейропсихологии и нейролингвистики. К настоящему времени определены методология, принципы восстановительного обучения, создано достаточно большой арсенал научно обоснованных методов работы. Основополагающий вклад в эти разработки внес А.Р Лурия, заложивший фундамент новой науки в виде теории высших психических функций, их мозговой организации, описания этиологии, клиники, патоге­неза и диагностики нарушений ВПФ. На этой базе осуществ­лены многочисленные исследования, обобщающие научно-ис­следовательский и практический опыт работы с больными (В.М. Коган, В.В. Оппель, Э С Бейн, Л С. Цветкова, М.К. Бурлакова, В М Шкловский, Т.Г. Визель и др.).

**Упражнения № 12. *Восстановление речи при моторной афазии (афферентного и эфферентного типа)***

При данных формах афазии используются как методы, на­правленные на преодоление *первичного* речевого дефекта, так и те, которые рассчитаны на устранение *вторичной* (системной) симптоматики. Среди них выделяют *специфические* и *неспецифи­ческие* приемы работы.

Для этой цели в инициальной стадии заболевания и, следова­тельно, при наиболее грубой степени выраженности речевого де­фекта, актуальным при обеих формах моторной афазии является использование прямых (растормаживающих и стимулирующих) методов работы. К ним относятся:

1.*Стимуляция понимания ситуативной и бытовой речи.* Ис­пользуются упражнения *по показу предметов* и *ответам на воп­росы в ситуативном диалоге.*

*Растормаживание произносительной стороны речи.* Оно до­стигается путем сопряженного, отраженного и самостоятельного произнесения автоматизированных речевых рядов порядкового счета, перечисления дней недели, месяцев по порядку, пения песен со словами, оканчивания пословиц и фраз с «жестким контекстом»; моделирования ситуаций, стимулирующих продуцирование непроизвольных возгласов: *«Ой! Ох! Ах! Боже мой!* и пр. » Стимулируются также простые коммуникативные виды речи, например, ответы на вопросы одним-двумя словами в простом ситуативном диалоге. Для этого моделируются ситу­ации, способствующие вызову коммуникативно значимых слов *«да», «нет», «хочу», «буду» и т.д.*

*2. Стимулирование глобального чтения и письма.* Данный вид работы тоже относится к числу прямых методов обучения. Он состоит из таких заданий, как: раскладывание подписей под картинками (предметными и простыми сюжетными); письмо наиболее привычных слов — идеограмм («Россия», «мама» и пр.); списывание простых слов и фраз; сопряженное чтение  
простых диалогов.

На последующих этапах восстановления методы обучения рассчитаны на *произвольную* деятельность. Онатребует подклю дония максимального объема межанализаторных резервов компенсации (запасных афферентаций).

При *афферентной* моторной афазии *в рамках устной речи* основным специфическим приемом работы является *реконструкция обобщенной артикуляционной схемы* звуков речи — артикулем т.е. оптико-тактильный метод, широко известный как постановка звуков. Важный раздел составляет здесь и работа по автомати­зации артикулем в словах, где они занимают различные позиции и разных по слогоритмической структуре. Это необходимо для преодоления литеральных парафазии. *В рамках письменной речи* преследуется цель восстановления ассоциативной связи «артикулема-фонема-графема». Это достигается путем списывания и письма букв, соответствующих произнесенным звукам речи прочтение этих букв непосредственно после написания.

При *эфферентной* моторной афазии специфической является работа, направленная на выработку *артикуляционных переключе­ний.* Помимо известных приемов, используемых при коррекции звукопроизношения у детей, здесь полезна экстериоризация звуко-ритмической стороны речи: деление слов на слоги с отстуки­ванием, отхлопыванием каждого слога, выделение голосом ударного слога, воспроизведение голосом абриса слова, подбор слов с идентичной звуко-ритимической структурой, ритмизиро­ванное произнесение слов во фразе с привлечением внешних опор — отстукивание, охлопывание и т.д., улавливание и восп­роизведение различных созвучий, в том числе и подбор рифмирующихся слов.

Остальные виды работы не являются специфичными, они ис­пользуются при обеих формах афазии при условии, что речевой дефект перестал быть грубо выраженным.

*Фразовая речь, семантика слова, чтение и письмо* при мотор­ных афазиях страдают вторично, структура их дефекта носит стандартный характер. В связи с этим для преодоления этих расстройств пригодны универсальные методы, используемые в практике преодоления нарушений речи у детей, а также в препо­давании иностранных языков. Специальную задачу составляет, однако, подбор лексико-фразеологического материала, отве­чающего возрастным параметрам больных, а также их индивиду­альному «языковому портрету».

*Психовосстановительное обучение* проводится со взрослыми боль­ными, имеющими нарушения ВПФ, и прежде всего речи, и яв­ляется важным разделом нейропсихологии и нейролингвистики. К настоящему времени определены методология, принципы восстановительного обучения, создано достаточно большой арсенал научно обоснованных методов работы. Основополагающий вклад в эти разработки внес А.Р Лурия, заложивший фундамент новой науки в виде теории высших психических функций, их мозговой организации, описания этиологии, клиники, патоге­неза и диагностики нарушений ВПФ. На этой базе осуществ­лены многочисленные исследования, обобщающие научно-ис­следовательский и практический опыт работы с больными (В.М. Коган, В.В. Оппель, Э С Бейн, Л С. Цветкова, М.К. Бурлакова, В М Шкловский, Т.Г. Визель и др.).

**Упражнения № 13. *Восстановление речи при динамической афазии***

При обоих вариантах динамической афазии, различающихся характером экспрессивного аграмматизма, имеется общая симп­томатика, проявляющаяся в изменениях нейродинамики — Речевой аспонтанности, инактивности, персевераторности, инертсти и вязкости речевых следов. Они создают крайне неблагоп-пиятный фон для восстановительного обучения. В связи с этим, независимо от конкретного варианта динамической афазии, на начальном этапе работы центральное место занимают методы преодоления расстройств нейродинамики:

1.*Повышение активности больного, организация произвольного внимания.*

Для достижения этой задачи используются такие виды рабо­ты, как:

- целенаправленное выполнение различных видов нерече­вой деятельности (рисование, лепка и т.д.);

- оценка специально искаженных изображений, слов, фраз и т.д.;

- ситуативный, эмоционально значимый для больного ди­алог;

- прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы по ним в форме утвердительно-отрицательных жестов или словами *«да», «нет»;*

- тренинг нейромоторных переключений («борьба с персеве­рациями») в различных видах невербальной деятельности: гра­фическом, кинетическом праксисе, предметно-практической  
деятельности и прочее.

1. *Стимулирование простых видов коммуникативной речи.* Вызов и автоматизацию коммуникативно значимых слов: «дa», *«нет», «могу», «хочу», «буду», «надо»* и т.д. позволяют осуществить прямые методы. Они оживляют в памяти отдельные штампы коммуникативной, побудительной и вопросительной речи: *«дай», «иди сюда», «кто там?», «тише!»* и т.д.

3.*Восстановление фразовой речи.* Методы, используемые в рамках этого вида работы, *специ­фичны* в зависимости от варианта динамической афазии. При той из них, когда имеются нарушения операций глубинного синтаксирования, восстановление фразовой речи проводится за счет составления «ядерных» фраз, имеющих синтаксическую модель типа субъект + предикат или субъект + предикат + объект. Такие фразы строятся по простым сюжетным картинкам с привлечени­ем внешних опор — фишек (Л.С. Цветкова). Предикат как по­рождающий центр фразы маркируется особенно ярко. Затем, с помощью вопросов, стрелок или других способов маркировки, проводится экстериоризация его грамматико-смысловых связей. Постепенно число фишек должно сворачиваться, а способ порождения глубинной синтаксической структуры фразы перехо­дить в умозрительный план.

При том варианте динамической афазии, когда глубинна структура фразы остается сохранной, а экспрессивный аграмматизм проявляется в неспособности совершать поверхностны грамматические трансформации, используются такие методы восстановительного обучения, как:

-улавливание грамматических искажений — флективных предложных и т.п. в специально деформированных текстах (с целью оживления чувства языка);

-выполнение простых грамматических трансформаций по изменению слов, составляющих фразу, но предъявляемых в но­минативных формах;

-дифференциация значений единственного и множествен­ного числа, родовых значений, значений настоящего, прошед­шего и будущего времени глагола;

-восполнение в словах пропущенных грамматических эле­ментов;

-составление фраз по сюжетным картинкам, ответы на воп­росы простой фразой, оформленной грамматически;

-пересказ простого текста;

-стимулирование к использованию побудительных и вопро­сительных предложений, различных предложных конструкций;

-стимулирование ответов на вопросы с постепенным умень­шением в ответе числа слов, заимствованных из вопроса;

-раскладывание серии последовательных картинок, соот­ветственно заключенному в них сюжету.

4.*Восстановление коммуникативной фразовой речи.* Наиболее адекватной формой проведения занятий в рам­ках данного раздела восстановительного обучения являются групповые занятия, причем с «клубной» окраской, позволяющей создавать ситуации непосредственного и, что особенно важно, эмоционально окрашенного общения.

5.*Стимулирование письменной речи.* Используются универсальные для психолого-педагогическй практики методы.

**Упражнения № 14. *Восстановление речи при сенсорной афазии***

Исходя из того, что первичным речевым дефектом при сен­сорной афазии является нарушение понимания речи, основной задачей восстановительного обучения является *восстановление представлений о смысловой роли звуков речи (фонем).* Учитывая так­же, что в зрелой речевой функции обиходные слова и выражения понимаются не на основе фонематического знания, а как слухо-речевые штампы, на начальном этапе работы ставится Задача № оживления в памяти слов как вербально-невербальных единств.

Это предполагает преодоление одного из самых тяжелых рас­стройств импрессивной речи при сенсорной афазии — отчужде­ния смысла слова. В рамках этого вида работы используются следующие направления, рассчитанные на *прямые* методы обучения:

1.*Стимуляция понимания обиходного пассивного словаря.* Для того чтобы оживить в памяти больного предметную отне­сенность звуковых комплексов, представленных теми или ины­ми словами, проводится показ реальных предметов и картинок с изображением предметов и действий по их названиям, функцио­нальным, классификационным и другим признакам, а также по­каз частей тела на картинке и на себе;

*2.Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи.*

*3.Подготовка к восстановлению письменной речи.*

Основными из используемых здесь методов являются:

-раскладывание подписей к предметным и простым сюжет­ным картинкам;

-оживление единства «фонема-графема» путем выбора из предъявленного ряда заданной буквы или слога по их названию;

-письмо букв и слогов под диктовку.

На последующих этапах доминирующая роль переходит к ме­тодам обучения, рассчитанным на произвольную деятельность. Среди них наиболее важными являются следующие:

*4.Восстановление фонематического слуха* (по стандартным методикам).

*5.Восстановление понимания значения слова.* В связи с тем, что при данной форме афазии конкретные зна­чения слов страдают больше, чем абстрактные, в первую очередь закрепляются слова, представляющие собой предметные номинации. Эта работа требует опоры на реальные предметы и кар­тинки. Выделяются дифференциальные признаки предметов, играющие существенную роль для соответствующего пред­метного образа. Затем уже проводятся: выработка обобщенных понятий путем классификации предметов по категориям; под­бор обобщающего слова к группам слов, относящихся к той или иной категории; заполнение пропусков во фразах; подбор сино­нимов в качестве однородных членов предложения и вне кон­текста; работа над омонимами, антонимами и фразеологизмами.

6.*Коррекция экспрессивной устной речи.* Основной задачей этого раздела работы является преодоле­ние характерной для больных с сенсорной афазией логореи и Уменьшение явления «словесного салата». Это достигается с помощью «наложения рамок», ограничивающих объем высказыва­ния, путем составления предложений из заданного количества слов. Важной задачей является и уточнение лексически о и фонетического состава фразы с помощью анализа и исправления вербальных и литеральных парафазии, допущенных больным а также устранение элементов аграмматизма с использованием уп­ражнений по «оживлению» чувства языка, а также анализа и исп­равления допущенных грамматических искажений.

7. *Восстановление письменной речи.* При сенсорной афазии причиной нарушения ассоциативной связи «фонема-графема» является неполноценность самой фонемы. В этом случае графема, как правило, служит опорой для стабилизации фонемы. В связи с этим проводится выработка ассоциативной связи «фонема-графема» с опорой на их смысло­вую роль (Э.С. Бейн).

8. *Выработка навыка самоконтроля за собственной речью.*

Как известно, звуковая лабильность, неконстантность пред­ставлений о звуковом составе слова, «погоня за ускользающим звучанием» (Э.С. Бейн) требуют выработки у больного способ­ности к самоконтролю за собственной речью. С этой целью це­лесообразно:

предъявление больному деформированных предложений, в том числе сложносочиненных и сложноподчиненных, для улав­ливания имеющихся в них искажений;

ответы на вопросы в развернутом диалоге и оценка их пра­вильности. Для этого внимание больного фиксируется на допу­щенных им ошибках, предъявляемых графически и в магнитофонной записи.

**Упражнения № 15. *Восстановление речи*** ***при акустико-мнестической афазии***

Главной задачей восстановительного обучения у больных с данной формой афазии является укрепление слухо-речевой па­мяти, что включает *расширение рамок слухового восприятия.*

Это достигается благодаря таким методам работы, как:

-показ предметов (реальных и на картинках) по названиям, предъявляемым парами, тройками и т.д.;

-показ частей тела по тому же принципу;

-выполнение 2—3-х звеньевых устных инструкций;

-ответы на развернутые вопросы, постепенно усложняемые по синтаксической структуре;

-прослушивание текстов, состоящих из нескольких предло­жений, и ответы на вопросы по содержанию текстов;

-письмо под диктовку постепенно наращиваемых фраз;

-чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением больным (по памяти) каждого из предложе­ний и всего набора в целом.

*Повышение стойкости слухо-речевых следов* проводится с ис­пользованием таких видов тренинга, как:

-повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочте­нием и воспроизведением, а также с заполнением паузы ка­ким-либо другим видом деятельности;

-заучивание наизусть коротких стихотворений и прозаических текстов;

- повторный показ предметов и картинных изображений че­рез 5—10 с, а затем и через 1 минуту после первого предъявления;

- чтение текстов с «отставленным» по времени пересказом (через 10 мин, 30 мин, и т.д.);

-устное составление предложений по опорным словам, воспринимаемым зрительно;

-перечисление по буквам слов с постепенно усложняющей­ся звуковой структурой и постепенный уход от письменного образца этих слов.

Помимо этих специфических для акустико-мнестической афазии задач ставятся и другие, такие, как *преодоление труднос­тей называния.* Для этого проводятся:

-анализ зрительных изображений и самостоятельное рисо­вание предметов, обозначаемых словами-названиями;

-смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов, обозначающих предметы, действия и разнообразные при­знаки предметов;

-классификация слов с самостоятельным подбором обоб­щающего слова;

-упражнения по объяснению слов с конкретным, абстракт­ным и переносным значением.

К числу системно обусловленных патологических симптомов у больных с данной формы афазии относятся и трудности орга­низации развернутого высказывания. В связи с этим необходима работа по их устранению.

*Отдельную задачу составляет организация развернутого вы­сказывания.* Для ее решения применяются:

-составление рассказа по серии сюжетных картинок;

-пересказ текстов: вначале по подробному плану, затем — посвернутому, далее — без плана;

- развернутые диалоги на внеситуативные темы (профессио­нальные, общественные и т.д.);

-отработка образцов коммуникативной и повествователь­ной письменной речи (поздравительные открытки, письма, из­ложения, сочинения на заданную тему и т.п.).

**Упражнения № 16. *Восстановление речи при семантической афазии***

При семантической афазии первичным дефектом является нарушение симультанного оптико-пространственного гнозиса и праксиса. В связи с этим первостепенной задачей восстанови­тельного обучения является *преодоление пространственной апрактоагнозии.*

Этот раздел восстановительного обучения включает:

- схематическое изображение пространственных взаимоот­ношений предметов;

- изображение плана пути, комнаты и т.д.;

- конструирование по образцу, по словесному заданию;

- работа с географической картой, часами;

- восстановление способности понимания слов с простран­ственным значением (предлогов, наречий, глаголов с приставка­ми «движения» и т.д.);

- наглядное изображение простых пространственных си­туаций, обозначаемых предлогами и другими частями речи.

На основе полученных в этом плане навыков проводится вос­становление способности употреблять слова и фразы, отражаю­щие количественно-оптико-пространственные взаимоотношения объектов:

- заполнение пропущенных «пространственных» элементов в слове и фразе;

- составление фраз со словами, имеющими пространствен­ное значение (*«дальше, ближе, вчера, завтра, давно, скоро»* и пр.), а также содержащими соответствующие морфемы (приставки,  
предлоги, суффиксы). Такие морфемы предъявляются с опорой на картинку или реальную ситуацию типа *«подойти, отойти; объехать, отъехать, кулак, кулачище...».*

- конструирование сложноподчиненных предложений.

При условии, что элементарные пространственные, количе­ственные и временные категории вербального уровня больному доступны, переходят к восстановлению способности понима­ния логико-грамматических конструкций. Для этого использу­ются:

- картинное изображение сюжета конструкции;

- введение дополнительных слов, обеспечивающих смысло­вую избыточность *(«отец моего брата», «письмо от любимой по­други»* и т.д.);

- введение логико-грамматических конструкций в разверну­тый смысловой контекст;

- предъявление конструкций письменно, а затем устно.

**Упражнения № 17. *Восстановление семантических функций***

Работа по восстановлению нарушенных семантических функций требует соблюдения общих принципов восстановительного обу­чения — поэтапности, системности, дифференцированности, опоры на сохранные анализаторы, следовательно, на непостра­давшие звенья деятельности с целью осуществления семантических функции на новых компенсаторных началах.

В соответствии с широко известными представлениями отече­ственной и зарубежной нейропсихологии, в частности, с теорети­ческими концепциями А.Р. Лурии, А.Н.Леонтьева, Е.П. Кок, В.М. Шкловского, Т.Г. Визель, Ф. Сильвермана (F. Silverman) и других эти виды обучения учитывают тесную связь вербально-невербальных взаимоотношений в структуре высшей психической деятельности человека, а также демонстрируют стимулирующее влияние невербальной деятельности на речевую функ­цию.

Основным методическим принципом восстановления семантических функций является опора на речь. Для этого используются различные сюжетные обыгрывания невербальных ситуаций, которые сопровождаются вербальными пояснениями той или иной степени сложности. Затем опора на сюжет постепенно «сворачивается», и ставится Задача № оперирования невербальны­ми понятиями на абстрактном уровне (идея [смысловое значение] формы, цвета, раз­мера и т.д.).

**Упражнения № 1*8. Психокоррекция нарушений неспецифических*** ***компонентов нейропсихологического синдрома***

Основные приемы работы по устранению этих расстройств направлены на аспонтанность, инертность и инактивность. Это достигается с помощью упражнений по концентрации внима­ния, общей активизации личности, выработке навыков само­контроля и контроля способности к целенаправленной смысловой деятель­ности, по улучшению памяти и прочее. Для этой цели рекомен­дуется проводить работу на эмоционально значимом речевом материале, который предъявляется в форме свободной беседы, в виде рассказа о каком-либо событии, в форме сказки, художест­венного рассказа, фельетона, газетной заметки, журнальной статьи и т.д. Полезно обсуждение прослушанного текста, ответы на вопросы, пересказ и прочее. Может быть использован прием самостоятельного «сочинения» рассказа на заданную тему, окан­чивание начатого текста и прочее, нахождение различного рода искажений — смысловых, грамматических, фонетических.

Для концентрации внимания используется такой речевой ма­териал, как:

- Речевые конструкции, искаженные по смыслу, например, *«уголь белый, а снег черный», «днем всегда темно, а ночью светло».*

- Различные каламбуры по типу «чепухи», например, *«шел высокий гражданин низенького роста, весь кудрявый без волос, ху­денький, как бочка»* и т.д.

- Конструкции, искаженные грамматически, например, *«кошка сидит на стула», «я хочет пить», «хорошая мальчик», «две мужчины идут по улице», «мы завтра ели суп», «двор, который въе­хал на машину, находится рядом»* и т.д.

- Фонетические искажения, например, *«стош»* (стол), *«руда»* (рука), *«чошка»* (чашка); искаженные слова сопровождаются со­ответствующей картинкой.

- Целесообразны упражнения по подбору слов на заданную букву, по заданному признаку (например, назвать только острые предметы, например, предметы, которые бывают только белыми, только черными и пр.); подобрать слова-антонимы, слова-сино­нимы и т.д.

- Конкретным материалом для этих упражнений служат сбор­ники игр для детей, содержащихся в различных детских журналах, книгах, а также в выпусках для взрослых типа «В часы досу-га», «5 минут на размышление» и т.п., содержащие кроссворды, ребусы, шарады и другой занимательный материал.

**Упражнения № 19*. Психокоррекция нарушений гнозиса и праксиса***

Основной задачей этого раздела обучения является восста­новление обобщенного образа предмета. Для этой цели проводятся следующие виды работы:

*1-й вид упражнений.*

Анализ зрительного образа (реальных предметов и их рисо­ванных изображений). Это требует выделения существенных признаков предмета, обусловливающих его категориальную принадлежность и функциональное назначение. Анализируя зрительный образ, например, такого предмета как стул, необхо­димо выделение следующих деталей: четыре ножки, спинка, го­ризонтальная поверхность для сидения. Отсутствие какой-либо из этих существенных деталей служит признаком того, что изо­бражение дефектно. Так, отсутствие у стула спинки позволяет принять решение, что изображен не стул, а табуретка, тогда как отсутствие одной из ножек свидетельствует о ненормативности изображения. Отработка функционального признака предмета проводится параллельно. Основной прием — сравнение сходных по зрительному образу предметов, один из которых обладает от­рабатываемым признаком, а другой нет. Например, больному предъявляются изображения стола и стула и задается вопрос. «Покажите, на чем сидят». На основании проведенного анализа делается вывод о категориальной отнесенности данного предме­та к классу однородных предметов, в частности, мебели, а также о его функциональном назначении.

Необходимо соблюдение принципа постепенного усложне­ния предъявляемых изображений с точки зрения степени упроченности воспринимаемого предмета в зависимости от способа его изображения (от знакомого, часто употребляемого, к менее знакомому, от сугубо реалистического изображения — к стили­зованному).

*2-й вид упражнений.*

Сравнительный анализ зрительных образов предметов одно­го класса с выделением дифференциальных признаков, напри­мер, изображений чашки и стакана, куста и дерева, собаки и кошки и т.д.

*3-й вид упражнений.*

Идентификация зрительных изображений, разностильных п способу изображения. Например, дается задание выбрать из на бора картинок изображения кошек, домов, людей и т.д. Этот прием работы также основан на выделении существенных дета­лей предмета, уточнении функциональной роли предмета и его деталей, подробном анализе формы предмета и деталей, места их расположения и т.д. Например, больному предъявляются два различных по способу изображения рисунка чайника и предла­гается решить, один и тот же нарисован предмет или разные. В том случае, когда идентифицикация предъявленных изображе­ний не вызывает затруднений, дается задание указать идентичные детали обоих изображений (носик, крышку, ручку), описать сло­вами, для чего каждая из них предназначена. Затем производится разбор классификационных ошибок. Фиксируется внимание на форме той или иной детали, на расположении снизу, сверху, сбо­ку и т.д.

*4-й вид упражнений.*

Срисовывание предметных изображений, а также рисование их по памяти, с предварительным анализом характерных при­знаков. Этот вид работы направлен на закрепление образа пред­мета.

*5-й вид упражнений.*

Автоматизация слов — названий предмета путем их «смысло­вого обыгрывания» в разных контекстах.

*6-й вид упражнений.*

Конструирование заданных предметов со сходными и диск­ретными признаками из отдельных деталей. Предъявляются де­тали различных предметов и предлагается самостоятельно вы­брать «комплект» деталей, необходимый для конструирования того или иного предмета. Задание может быть дано в двух вари­антах: 1) конструирование по образцу: 2) конструирование по названию. Вначале используются дискретные изображения — например, детали фигуры человека или животного и детали транспорта, затем вводятся более близкие изображения, напри­мер, стол и стул. Для этого даются изолированные изображения. 4 больших ножки, 4 ножки меньшего размера, большая квадрат­ная пластинка, такая же пластинка меньшего размера, одна спинка. Нужно определить, к какому предмету относится та или иная деталь. С течением времени задания усложняются. На поздних этапах восстановительная работа может вестись на таких трудно дифференцируемых предметах, как троллейбус и трамвай, ножницы и плоскогубцы, мышь и белка, береза и дуб и т.д.

Выделение дифференцируемых признаков этих предметов требует достаточно тонкого анализа, способствующего выработ­ке сложного обобщенного образа предмета.

*7-й вид упражнений.*

Выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на яруга предметов. Этот вид работы проводится на конечных стади­ях восстановительного обучения, когда у больных уже сформиро­ваны обобщенные образы тех предметов, которые используются в фигурах Поппельрейтера. В случаях неудачных попыток выпол­нить задание предъявляется каждый из наложенных и перечерк­нутых предметов, изображенных раздельно, без «помех». Прово­дится анализ их дифференциальных признаков, а затем они снова демонстрируются в сенсибилизированном виде (наложенными друг на друга). Соблюдается принцип постепенного усложнения задания: от простого способа зашумления — к сложному, от мень­шего количества наложенных друг на друга изображений — к большему.

*8-й вид упражнений.*

Узнавание предмета по его словесному описанию (без предъ­явления изображения) — прием «загадки». Дается задание опоз­нать предмет в начале по его функциональному признаку (для чего спрашивается, например *«Какой предмет нужен, чтобы уз­нать время?»),* а затем — по признакам конфигурации (напри­мер, *«Какой предмет имеет циферблат, стрелки?»* и т.д.), а затем уже по категориальным признакам в сочетании с функциональ­ными. Так, предъявляется серия изображений и задается вопрос: *«Какой из этих предметов неодушевленный?»* Примерный ответ: «Вещь, изготовлена людьми, обычно небольшого размера, тика­ет» и т.п.

Для преодоления предметной агнозии по субдоминантному типу используются те же упражнения, однако акцент делается на восстановление способности к симультанному схватыванию зрительного образа. Для решения этой задачи вводится симуль­танное опознание больным предметных изображений. Время экспозиции изображения в таких заданиях должно быть корот­ким, чтобы возникла необходимость одномоментного его охва­та. В начале курса занятий предъявляются простые обиходные предметы, сугубо реалистические по способу изображения. Каждое последующее изображение должно быть дискретно по отношению к предъявленному до него (например: собака, стул, яблоко).

На последующих этапах обучения предъявляются менее Дискретные изображения, а время экспозиции — все более укорачивается. Кроме того, рекомендуется постепенный переход от меньших размеров изображения к большим, т.к. более мелкий рисунок доступнее симультанному охвату взором.

*Преодоление нарушения буквенного гнозиса* является, по существу, главным видом работы по восстановлению чтения при пер­вичной оптической дислексии

**Упражнения № 20. *Психокоррекция нарушений лицевого гнозиса***

Этот вид работы требует специальной работы, которая начи­нается с выяснения степени знакомости лиц близких или извест­ных людей, изображенных на портретах. Затем, привлекая наиболее знакомые портреты, проводится «оживление» зрительного образа того или иного лица на основе связанных с ним вербаль­ных, культурных, научных и других ассоциаций (прослушивание стихов, обсуждение содержания произведений известных поэтов или писателей, изображенных на предъявляемых больному портретах, прослушивание песен, отрывков из музыкальных произведений, пьес, рассматривание картин и т.д.).

В качестве приема, стимулирующего оживление лиц хорошо знакомых людей, рекомендуется рассматривание семейного аль­бома фотографий в присутствии на занятии кого-либо из членов семьи больного или его близких друзей.

Наконец, полезна работа по психологическому анализу портретов (обсуждение лиц с привлечением понятий, «молодой, старый, добрый, злой, открытый, угрюмый, веселый» итд, сравнение лиц различных людей, выявление схожести и несхо­жести лиц, с анализом причин констатируемого сходства или несходства).

**Упражнения № 21*. Психокоррекция нарушений цветового гнозиса***

Для этого используются упражнения, направленные на выра­ботку обобщенного категориального отношения к цвету

*1-й вид упражнений*

«Смысловое обыгрывание» понятия того или иного цвета на основе оживления наиболее стереотипных образов, связанных с ним. Например, обыгрывая красный цвет, больному предъявля­ются картинки с изображением красного знамени, пионерского галстука, красного помидора, красной рябины и т.д Каждая кар­тинка имеет подпись, на которой слово «красный» выделено крупным шрифтом Внимание обращается на то, что все эти предметы одного и того же цвета. Таким же образом проводится «обыгрывание» других цветов, а также их оттенков. Голубой от­тенок, например, ассоциативно связывается с ясным небом, ко­локольчиками, голубыми глазами и т.д.

*2-й вид упражнений.*

Раскраска контурных изображений тех же предметов по соот­ветствующим образцам, т.е переведение цвета с одного рисунка на другой. Затем дается задание раскрасить контурные изображения тех же предметов самостоятельно, а не по образцу.

*3-й вид упражнений*

«Выстраивание» цветовой гаммы проводится с опорой на на­глядно-вербальные ассоциации. Так, больному демонстрируется какой-нибудь плод, например, помидор, в разных стадиях созре­вания от бледно-розового до ярко-красного. В названиях цветов подчеркиваются слова, «светлый, светлее, бледный, темный, темнее, жидкий, густой, сочный и т.д.».

*4-й вид упражнений*

Нахождение больным заданного цвета в серии разноцветных предметных изображений и абстрактных, например, геометри­ческих фигур.

*5-й вид упражнений.*

Классификация цветов и их оттенков:

- самостоятельный подбор больным цветовой гаммы, впле­тенной в определенный сюжет, например, предъявляется версия рисунков с изображением какого-либо пейзажа и предлагается  
разложить их в порядке, демонстрирующем стадии постепенно­го потемнения неба,

- выстраивание абстрактной цветовой гаммы из предъявлен­ных ему оттенков одного и того же цвета;

- выстраивание нескольких цветовых гамм из оттенков раз­личных цветов.

**Упражнения № 22*. Психокоррекция расстройств оптико-пространственной апрактоагнозии по доминантному типу***

Этот вид работы подчинен главной задаче восстановления высших обобщенных уровней пространственно-ориентировоч­ной деятельности. Он включает восстановление схематических представлении о пространственном соотношении объектов дей­ствительности. С этой целью используются следующие упраж­нения

*1-й вид упражнений*

Поворот фигуры в пространстве.

Вначале эта работа прово­дится на материале, оформленном ситуативно, «сюжетно»: например, предъявляется макет комнаты с фигуркой стоящего посередине человека и дается задание повернуть ее лицом к две­ри. Затем дается инструкция повернуть фигуру к себе и от себя.

С течением времени опора на ситуацию устраняется и ocуществляется переход к оперированию геометрическими фигурами — реальными, затем — нарисованными.

*2-й вид упражнений.*

Работа с географической картой, которая включает:

- нахождение сторон и частей света;

- нахождение тех или иных объектов — стран, городов, рек и т.д.;

- перенос географических объектов с обычной карты на немую;

- самостоятельное заполнение немой карты с предваритель­ным ознакомлением с данной местностью по обычной карте.

*3-й вид упражнений.*

Работа с часами:

- «оживление» роли цифр, стрелок, делений на минуты и т.д. Оно может проводиться с помощью обыгрывания наиболее сте­реотипных значений понятия времени и его компонентов. Так, обсуждаются понятия «полночь», «полдень», «5 минут», «мину­та», «час» и прочее — в прямом и переносном смысле. Приводят­ся примеры из хорошо знакомых больному произведений художественной литературы, текстов песен, сказок, кинофильмов и т.д.;

- расстановка стрелок на часах соответственно заданномувремени;

- анализ различий при симметричном расположении стре­лок в правой и левой части циферблата;

- списывание с циферблата цифр по расставленным стрел­кам;

- самостоятельное обозначение заданного времени на немыхчасах и т.д.

*4-й вид упражнений.*

Схематичное изображение пространственных ситуаций на чертеже — плане комнаты, пути и т.д.

В дальнейшем пространственные ситуации предъявляются вне вербального контекста.

*5-й вид упражнений.*

Идентификация аналогичных пространственных ситуаций, в которых участвуют различные объекты. Например, больному предъявляется ряд рисунков: кошка на стуле, книга на столе, книга в ящике, собака под кроватью, птица над домом, книги в портфеле, ваза на шкафу и т.д. Больной должен показать те рисунки, на которых изображены аналогичные пространственные ситуации.

Соотнесение реальных пространственных ситуаций с их схе­матическим изображением. Для облегчения решения этой зада­чи в начале обучения реальные рисунки и схемы сопровождают­ся подписями в виде предлогов. Затем эти подписи убираются, и возникает необходимость оперировать «голыми» рисунками и схемами.

*6-й вид упражнений.*

Уточнение значений слов с пространственным значением *(вверху, внизу, далеко, близко, сбоку, рядом, в отдалении, направо, налево* и т.д.), а также автоматизация этих слов в собственной речи больных.

**Упражнения № 23. *Психокоррекция расстройств конструктивной деятельности***

Эта работа начинается с «оживления» понятий формы и раз­мера.

*1-й вид упражнений.*

Выработка дифференцированного восприятия круглой и угольной формы, вначале на материале реальных предметов (мяч — телевизор, арбуз — книга и т.д.), а затем — на геометрических фигурах.

*2-й вид упражнений.*

Выработка дифференцированного восприятия размера, неза­висимо от формы (идентификация различных предметов и гео­метрических фигур, неодинаковых по размеру).

*3-й вид упражнений.*

Срисовывание предметов и геометрических фигур, дорисо­вывание предметов; рисование предметов и геометрических фи­гур по памяти, самостоятельное рисование заданных предметов и фигур; конструирование предметов и фигур из элементов («ку­бики Кооса» и т.п.); добавление различных деталей.

**Упражнения № 24. *Психокоррекция нарушений схемы тела***

В этом разделе обучения используются следующие виды уп­ражнений:

*1-й вид упражнений.*

«Смысловое обыгрывание» каждой из частей тела с одновре­менным иллюстративным подкреплением, например, «у женщи­ны болит голова», «мальчик поранил ногу», «мужчине на нос села муха», «женщина вдевает в уши серьги», «девочка моет руки» и т.д.

*2-й вид упражнений.*

Складывание фигуры человека и животных из ее частей, складывание лица человека из частей; показ частей тела на другом человеке, на рисунке, на себе; срисовывание и самостоя­тельное рисование людей и животных.

**Упражнения № 25. *Восстановление праксических и гностических функций нарушенных по субдоминантному типу***

Здесь используются такие упражнения, как.

*1-й вид упражнений.*

Выработка умения непосредственной ориентации в про­странстве.

В качестве главной компенсаторной опоры использу­ется речь. Предлагается запомнить путь из одного места в другое; оживляются в памяти известные приемы ориентации на мест­ности по солнцу, звездам, растительности и т.п.

*2-й вид упражнений.*

Восстановление способности к симультанному восприятию пространственной ситуации.

Так же, как и в предыдущем случае, в качестве компенсаторной опоры используется речь. Предъяв­ляется текст, содержащий определенную пространственную ситуацию, например: *«Мама с сыном пошли гулять. Мальчик убе­жал от мамы и спрятался за деревом. Мама ищет мальчика»* Соответствующая иллюстрация, подготовленная содержанием текста, воспринимается целиком. На последующих этапах рабо­ты фактор предварительной установки с помощью текста играет все меньшую роль. Предъявляется, например, тот же рисунок с лаконичной надписью *«спрятался»* или *«где шалун?»,* а затем — без всякой подписи. По мере восстановления способности к симультанному восприятию реальных пространственных си­туаций, следует перейти к абстрактным ситуациям (*«крест под кругом», «круг над квадратом», «круг между треугольником и квад­ратом»* и пр.).

*3-й вид упражнений.*

Восстановление способности к симультанному восприятию предмета:

- восприятие реальных предметов с привлечением различ­ных компенсаторных опор, например, ощупывания;

- восприятие рисованных изображений предметов, на кото­рых специально выделены их дифференциальные признаки, например, *«у кружки ручка»* (в отличие от изображенного рядом  
стакана без ручки);

- преодоление игнорирования правой стороны зрительных образов;

- работа на листах, специально разделенных пополам жирной чертой или с половинами разных цветов (левая — окрашенная, правая — белая);

- рисование или письмо с правой стороны листа с предвари­тельной установкой на это;

- анализ изображений предметов, имеющих симметричный правую и левую стороны, например, человека, циферблата часов, кастрюли и т.д.;

- фиксация внимания больного на том, что обе стороны изо­бражения идентичны;

- верификация специально искаженных изображений, уст­ранение обнаруженных искажений;

- преодоление апраксии одевания: выполнение больным различных операций одевания с предварительным анализом действия, их вербализацией, рассматриванием соответствующих  
схем (сами операции одевания предъявляются по принципу «от высокоавтоматизированных, до выполняемых редко, мало при­вычных).

**Упражнения № 26*. Восстановительное обучение с использованием средств невербальной коммуникации***

Этот раздел обучения включает следующие направления за­нятия с использованием предметно-практической деятельности с применением средств невербальной коммуникации. Каждый из видов работы может быть направлен одновременно на реше­ние нескольких восстановительных задач:

1.Преодоление расстройств кистевого, пальцевого и конст­руктивного праксиса, как на конкретном, предметном уровне (предметно-практическая деятельность), так и на символическом, знаковом (исполнение жестов, рисование пиктограмм).

2.Овладение рядом бытовых и трудовых навыков, что воз­можно лишь при определенной степени восстановления «нере­чевых» функций разных модальностей.

3.Расширение рамок коммуникации с окружающими.

Занятия с применением предметно-практической деятель­ности особенно эффективны в работе с больными с афазией, у которых речевой дефект выражен грубо, вплоть до полного отсутствия собственной речи. В этих случаях на передний план выступают задачи восстановления речевой функции, и предмет­но-практические операции служат в основном средством для стимуляции речи.

Работа по устранению нарушений неречевых функций протекает в тесной связи с работой по восстановлению речевой функции больного. В разных формах работы вербально-невербальные взаимодействия складываются по-разному. Так, обуче­ние предметно-практическим или иным (бытовым и трудовым) операциям строится не только на показе конкретных действий составляющих данный вид деятельности, но и на вербальных инструкциях и описаниях Использование паралингвистических средств (жест, мимика, пиктограмма) способствует стимуляции и растормаживанию экспрессивной речи

Основной формой занятий с использованием предметно-практической деятельности являются *групповые занятия.* Последние не заменяют индивидуальной работы с больным, но являются чрезвычайно важной частью восстановительного обу­чения, имеющего свои несомненные преимущества. Коллек­тивная форма занятий обеспечивает социальную среду, которая способствует активизации личности в целом, расширяет рамки коммуникативных возможностей Групповые занятия позволя­ют в наиболее благоприятных условиях общения применить те навыки, которые он получил на индивидуальных занятиях, это облегчает впоследствии решение более широких задач речевой коммуникации

Используются следующие виды деятельности лепка из плас­тилина и глины, рисование, выжигание по дереву, конструиро­вание, различные виды рукоделия, изготовление изделий из природного материала, бытовые действия и т.д. Выбор видов деятельности обусловлен

художественно-эстетической направленностью, обеспечи­вающей благоприятный фон занятий, широкими возможностями растормаживания и стиму­лирования бытовой лексики, связанной с содержанием того или иного вида деятельности, поскольку у людей с окончательно сформированной речью упрочена связь «предмет — слово», доступностью этих работ для каждого из больных,

возможностью использования максимального числа путей компенсации нарушенных функций за счет включения запасных афферентаций (зрительной, слуховой, тактильной и др.)

Методически обучение строится по принципу постепенного овладения технологией того или иного вида деятельности и па­раллельного стимулирования речи в импрессивном и экспрессивном вариантах в соответствии с заранее подобранным к каж­дому занятию лексико-фразеологическим материалом

**Задача № 27**

Больная непрерывно ходит по палате, заламывает руки, плачет навзрыд, кри­чит, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха и страдания. Разговаривая с врачом, продолжает ходить по ка­бинету, кусает руки, губы, просит сделать ей «смертельный укол». Неожиданно упала на колени, пыталась целовать ноги врача, умоляя спасти ее семью, которой грозит гибель. Обещает за это любое вознаграждение. Поднятая с пола, сунула в карман врача золотое кольцо, по ее просьбе принесенное дочерью в воскресенье. Выговор, сделанный врачом, принимает как отказ помочь ей. Уговорам не подда­ется, остается крайне тревожной. Выйдя из кабинета, с громким криком броси­лась к окну, выбила стекло, нанесла себе ранения осколками. Временное успокоение наступило после укола тизерцина.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 28**

Больной К., 33 год а, цеховой мастер. Заболевание началось в свя­зи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на сво­их сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что жена его до брака была в связи с директо­ром предприятия. Бе влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подо­шел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о свя­зи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего вра­ча специально неправильно информировали и т.д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно был бы на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого сле­дует».

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 29**

Больной Ш., 43 г о д а, т е х н и к-л е с о в о д. Занимаясь измерениями стволов деревьев, он обратил внимание на зависимость их диаметра от расстоя­ния от опушки леса. Ш. подумал, что если ему удастся вывести формулу, характе­ризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Он продолжал свои наблюдения и спустя некото­рое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статьи Ш. направлял в различные научные журналы, но признания не добился. В рецензиях на его рабо­ты указывалось, что тема актуальна, но приведенные расчеты неубедительны и требуют проверки. Однако Ш., будучи человеком настойчивым и, вместе с тем, чрезмерно самолюбивым, оставался неудовлетворенным объяснениями, давае­мыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, он стал об­ращаться во многие советские и партийные организации с требованием «восста­новить справедливость», вел обширную переписку, заведя две папки — для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам Ш. выискивал малей­шие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказатель­ства необъективности оценки, консерватизма, желания уйти от ответственности. Все свободное от работы время Ш. уделял составлению бумаг, поискам новых до­казательств своей правоты. В связи с этим он перестал уделять достаточное вни­мание своим основным обязанностям, в разговорах с членами семьи, с друзьями постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражая свое возмуще­ние, волновался, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражитель­ным, плохо спал.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 30**

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работа­ет, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, боль­ной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание. Что это такое?

вопросы.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Перечислите основные заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите наиболее вероятное заболевание.
5. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов

**Задача № 31**

Больной Ш., 26 л е т, и н ж е н е р. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену ка­кие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недовер­чиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных — за ар­тистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая до­рожка — дорожка на кладбище («это значит — скоро умру!»); олени, изображен­ные на картине, означают «лень» — следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 32**

Больная С., 60 лет, пенсионерка. 5 лет тому назад однажды поссори­лась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала si стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кух­ню. С тех пор в течение S лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют е оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и вое принимаются больной как реальная обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одним и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усиление голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается с тем, что голоса эти имеют болезненное происхождение, н тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 33**

Больной Р., 19 л е т, с т у д ен т. Обратился в органы МВД с письмом сле­дующего содержания: «Прошу принять меры и оградить меня от преследования шайки бандитов и хулиганов. Они воображают себя сверхчеловеками, поместили меня в сумасшедший дом и производят надо мной эксперименты. Тайно вставили мне в голову передатчик, какой-то «центральный мозг» и постоянно ведут со мной переговоры с помощью сверхвысоких частот, не дают ни минуты покоя. Вколачивают мне в голову грязные мысли и заставляют отвечать на них, все мои чувства уложили под железный колпак. Они с хулиганскими намерениями двига­ют моим языком, заставляют произносить нецензурные слова, забивают мне го­лову своими провокационными разговорами. По ночам вынимают мое сердце, легкие и вкладывают другие, кибернетические. Говорят, будто бы я гипноз, за­ставляют действовать на людей. Я весь стал сам не свой, даже ем и хожу автома­тически. А они все время мысленно говорят мне, что сделали из меня робота. Еще раз прошу незамедлительно принять меры против этих хулиганов».

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 34**

Больная М., 22 год а, инвалид II группы. В отделении большую часть времени лежит, закрывшись с головой одеялом, что-то шепчет, улыбается. В разговор вступает неохотно. Удается выяснить, что больная беспрерывно слы­шит «голоса» большой группы людей, которые «прикрепляются» к ее голове с по­мощью каких-то аппаратов. Людей этих больная никогда не видела, но по их разговорам поняла, что они только и делают, что «занимаются половой жизнью». Головы этих людей связаны с ее головой, и потому она может обмениваться с ни­ми мыслями. Такое состояние больная называет «гипнозом». Чувствует, как эти люди действуют на ее половые органы, «используют как женщину», превращают в гермафродита, изменяют ее настроение, извращают вкус и запах пищи, превра­щают его в запах грязного человеческого тела, могут отнять у больной все мысли — «пустая голова и все». Уверена, что обладатели «голосов» превратили ее и всех других людей в роботов.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача №35**

Больной Б., 22 год а, солдат. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, ды­хание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 36**

Больной Р., 23 года, радиотехник. 3 года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и зад­него прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят но­сами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, ста­рался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запа­ха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача №37**

Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

Вопросы:

1.Назовите описанные симптомы.

2.Назовите описанные синдромы.

3.Поставьте диагноз?

4.Каков прогноз расстройства?

5.Рекомендуемое лечение.

### Задача № 38

Больной злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания появляется раздражительность, снижается настроение, испытывает сильную тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, он является инициатором употребления алкоголя в компании. Часто забывает отдельные события предыдущего «застолья».

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

### Задача № 39

«Стаж» алкоголизации у больного Н. около 20 лет. Длительность запоев составляет примерно одну неделю. В период запоя по утрам возникает сердцебиение, боли в области сердца, потливость, нарушения перистальтики, колебания артериального давления, беспокойство, снижение аппетита.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Задача № 40**

Подросток 17 лет, в течение 3 лет систематически употребляет алкоголь. Стремиться собрать компанию, постоянно ищет повод выпить. Порой забывает моменты прошедшей выпивки. Дозы алкоголя постоянно увеличиваются.

Вопросы:

* 1. Какие симптомы описаны?
  2. Каким синдромом определяется состояние?
  3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
  4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
  5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача № 41**

Больной В., злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд, прекращение употребления сопровождается подъемом давления, тахикардией. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача№ 42**

У больного ежедневно употребляющего психоактивное вещество, через несколько месяцев применения, при отмене в числе прочего появились насморк, слезо- и слюнотечение, чихание.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Какими синдромами определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача № 43**

У больного злоупотребляющего психоактивным веществом, с внутривенным введением, через несколько месяцев регулярного применения при отмене препарата появились, в числе прочего, диарея с тенезмами, болью в жевательных мышцах, ринорея и ознобы.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Какими синдромами определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача № 44**

У больного злоупотребляющего психоактивным веществом, с внутривенным введением, через несколько месяцев регулярного применения при отмене препарата возникли: боль в желудке и крупных суставах, инсомния, ажитация, дисфория с приступами агрессии, ознобы и профузный пот, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, эпилептиформные припадки.

Вопросы:

1. Укажите симптомы симптомы?
2. Какими синдромами определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача № 45**

У больного злоупотребляющего психоактивным веществом в форме псевдозапоев в течение нескольких лет не сформировалось развернутого абстинентного синдрома. Однако во время перерыва в употреблении вещества появлялись раздражительность, вспышки гнева, тяжелые дисфории.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача № 46**

Больной однократно принял незнакомое ему ранее психоактивное вещество. На фоне интоксикации развилось состояние в котором больной видел преследующие его воздушные шары, «ощущал копошение червей в животе».

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Ответы на задачи:

Задача №39

1. изменённая форма потребления, психомоторное возбуждение, нарушение ориентировки.
2. синдром изменённой реактивности, синдром зависимости, абстинентный.
3. абстинентный синдром с делирием, синдром зависимости от алкоголя
4. неблагоприятный

5. дезинтоксикационная терапия, атипичные нейролептики (оланзапин )

Задача №38

1. измененная толерантность, психическая зависимость, палимцесты
2. синдром зависимости, синдром измененной реактивности.
3. синдром зависимости от алкоголя 1-ст.
4. относительно благоприятный
5. фармакотерапия (циталопрам, тетурам), психотерапия

Задача №39

1. измененная форма потребления, физическая зависимость.
2. синдром зависимости, абстинентный синдром.
3. синдром зависимости от алкоголя
4. неблагоприятный
5. психофармакотерапия (карбамазепин, тетурам).

Задача №40

1. измененная форма потребления, психическая зависимость.
2. синдром зависимости.
3. синдром зависимости от алкоголя 1-ст.
4. относительно благоприятный
5. психотерапия и психофармакотерапия (циталопрам, тетурам).

Задача №41

1. измененная форма потребления, физическая зависимость.
2. синдром зависимости, абстинентный синдром.
3. синдром зависимости от алкоголя
4. неблагоприятный
5. психофармакотерапия (карбамазепин, тетурам), психотерапия

Задача №42

* 1. измененная форма потребления, физическая зависимость.
  2. синдром зависимости, абстинентный синдром.

1. синдром зависимости от опиоидов
2. неблагоприятный

5. психофармакотерапия(ремерон, клопиксол, антаксон), психотерапия, активная ресоциализация

Задача №43

1. измененная форма потребления, физическая зависимость.
2. синдром зависимости, абстинентный синдром.
3. синдром зависимости от опиоидов
4. неблагоприятный
5. психофармакотерапия (ремерон, клопиксол, антаксон), психотерапия, активная ресоциализация

Задача №44

1. измененная форма потребления, физическая зависимость.
2. синдром зависимости, абстинентный синдром.
3. синдром зависимости от барбитуратов
4. неблагоприятный
5. психофармакотерапия (клоназепам), психотерапия, активная ресоциализация

Задача № 45

1. измененная форма потребления, психическая зависимость.
2. синдром зависимости.
3. синдром зависимости от кокаина
4. неблагоприятный
5. психофармакотерапия (неулептил), психотерапия, активная ресоциализация

Задача №46

1. зрительные и висцеральные галлюцинации, бред преследования
2. галлюцинаторно-бредовой синдром.
3. острая интоксикация галлюциногенами
4. относительно благоприятный
5. дезинтоксикационная терапия, психофармакотерапия ( кветиапин)

**Задача № 47**

Мать девятилетнего ребенка настаивает на его психиатрическом освидетельствовании, однако, отец ребенка категорически возражает против этого, считая сына здоровым.

Вопрос: возможно ли в данном случае психиатрическое освидетельствование ребенка? 1. Возможно даже при возражении отца 2. Невозможно 3. Возможно при решении педагогического совета школы 4. Возможно при решении органов опеки.

Ответ: 4

**Задача № 48**

Гражданин А., имеющий двойное гражданство (Германии и России), в течение двух месяцев находится в одном из российских городов. Друзья, заметив странности и неадекватность его поведения, выражающуюся в агрессивности по отношению к окружающим, предлагают обратиться к психиатрам. После получения категорического отказа они обращаются в психоневрологический диспансер с просьбой освидетельствовать гостя. Тот же, в свою очередь, мотивирует свой отказ тем, что психиатрическое освидетельствование в отношении него возможно только в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи, действующими в Германии, поскольку он имеет германское гражданство и постоянно проживает там.

Вопрос: правомочны ли врачи-психиатры провести психиатрическое освидетельствование гражданина А.? 1. Нет 2. Правомочны, если соответствующие нормативные акты Германии идентичны российским 3. Правомочны, т.к. гражданство А. двойное 4. Правомочны только при разрешении посольства Германии.

Ответ: 3

**Задача № 49**

Руководитель предприятия, выступая ответчиком в гражданском судебном процессе по трудовому конфликту, обратился с письменным запросом к главному врачу психиатрического учреждения о том, не состоит ли истец по данному судебному процессу на учете у психиатров, т.к. у него возникли сомнения в психической полноценности истца. Главный врач дал ответ, что гражданин состоит на учете, не указав при этом диагноз психического заболевания.

Вопрос: правомочны ли действия главного врача? 1. Да 2. Нет, так как сведения выдаются только учреждениям общемедицинской сети 3. Нет, так как сведения выдаются только органам следствия и психиатрической службы 4. Вопрос решается индивидуально 5. Ни одно из утверждений неверно.

Ответ: 3

**Задача № 50**

Родители 13-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у родной тети. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложение тети обратиться за консультацией к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная родственница обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Вопрос: какова тактика врача-психиатра? 1. Возможен осмотр врачом-психиатром по направлению врача-педиатра 2. Возможен осмотр по заявлению родной тети 3. Возможен осмотр по решению органов опеки 4. Осмотр невозможен ни при одном из перечисленных условий 5. Осмотр возможен при любом из перечисленных условий.

Ответ: 3

**Задача № 51**

Больной Л., 40 лет. Внезапно изменилось поведение, стал напряжен, испуган, периодически выглядывает за дверь, к чему-то прислушивается, снял на кухне вентиляционную решетку, так как слышит из-за нее ругательства в свой адрес. Состояние еще более ухудшилось к вечеру: начал испытывать панический страх, говорит, что он весь опутан паутиной, а по комнате бегают крысы и мыши. На заверения в обратном совершенно не реагирует, спать не ложится, запрещает гасить в квартире свет. От госпитализации отказывается, не пускает врача в комнату, забаррикадировал изнутри дверь тяжелым сервантом. Кожные покровы бледные, температура – 390С, тахикардия – 100 уд./мин. Родственники сообщили, что подобных странностей в поведении раньше никогда не обнаруживал, страдает запойной формой алкоголизма около 7 лет, однако в настоящий момент был совершенно трезв, ни на что не жаловался, – со времени прекращения последнего запоя прошло уже больше 3-х суток.

Вопрос: Как в данном случае должен решаться вопрос о госпитализации? 1. Госпитализация не необходима, больного лучше не беспокоить 2. Больного следует наблюдать и лечить в амбулаторном режиме 3. Госпитализация необходима, но без согласия больного юридически невозможна 4. Госпитализация необходима и юридически возможна без согласия больного 5. Вопрос о госпитализации не может быть решен сразу.

Ответ: 4

**Задача № 52**

Один из основоположников отечественной психиатрии, организовавший психиатрическую клинику на новых началах, в настоящее время носящую его имя. Заложил основы нового нозологического направления в психиатрии. Разработал классификацию психических заболеваний. Описанный им синдром и психоз носят его имя.

Вопрос: Выберите правильный ответ из перечисленных: 1. В.П. Протопопов 2. П.П. Кащенко 3. С.С. Корсаков 4. В.М. Бехтерев 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 3

**Задача № 53**

Выдающийся российский психиатр ввел понятие «малая психиатрия», внес значительный вклад в развитие клинико-диагностического метода при изучении пограничных состояний, психопатии. Его имя носит одна из клиник г. Москвы.

Вопрос: назовите этого психиатра: 1. И.М. Сеченов 2. В.П. Сербский 3. В.Х. Кандинский 4. И.М. Балинский 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 5

**Задача № 54**

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

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

Ответ: 3

**Задача № 55**

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

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

Ответ: 4

**Задача № 56**

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

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

Ответ: 1

**Задача № 57**

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

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

Ответ: 4

**Задача № 58**

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

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

Ответ: 3

**Задача № 59**

Больной С., 32 года. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Синдром Кандинского-Клерамбо 2. Синдром Котара 3. Синдром Фреголи 4. Синдром Капгра 5. Синдром Аспергера

Ответ: 2

**Задача № 60**

Больной 62 лет. Стал жаловаться родственникам, что его жена систематически подсыпает ему в пищу песок, чтобы медленно его отравить, он чувствует, как песок скрипит на зубах. Жена делает это с целью выйти замуж после его смерти за молодого соседа. Замечал неоднократно, что в его отсутствие жена роется у него в вещах и в письменном столе. Память не нарушена. Критики к состоянию нет. Соматически: тоны сердца чисты, АД - 150/90 мм.рт.ст. Неврологически: без очаговых знаков.

Вопрос: назовите нарушение мышления по содержанию, наблюдающееся у больного: 1. Обсессия 2. Фобия 3. Бред 4. Сверхценные идеи 5. Бредоподобные фантазии

Ответ: 3

**Задача № 61**

Больной злоупотреблял алкоголем в течение многих лет. Довольно хорошо помнит детство, юность, несколько хуже - события последних 5-7 лет. Не знает, как зовут его лечащего врача, не помнит, где его койка. Не помнит, что ел на завтрак, но утверждает, что были фазаны и шампанское. Рассказывает, как он принимал участие в штурме Зимнего дворца. У больного отсутствуют сухожильные рефлексы, болевая и температурная чувствительность, парез нижних конечностей.

Вопрос: укажите амнестические нарушения, не характерные для данного синдрома: 1. Конфабуляции 2. Криптомнезия 3. Псевдореминесценции 4. Фиксационная амнезия 5. Ретроградная амнезия

Ответ: 5

**Задача № 62**

Больной Ш., 6 лет. Первый ребенок в семье. Вскоре после рождения ребенка у него стали отмечаться отклонения от нормального развития. Он был вялым, сонливым, плохо сосал грудь. Поздно стал фиксировать взор, не тянулся к игрушкам. Головку стал держать с 8 месяцев, ходить ─ с 2 лет. Первые слова начал произносить с 2,5 лет, фразовая речь так и не развилась. Не проявлял интереса к книжкам, к игрушкам, ломал их и бросал. С того времени, как ребенок стал ходить, обнаружилась его чрезмерная подвижность. Не мог ничем заниматься более 2-3 минут, все время был в движении, хватал все попадающиеся под руку вещи. При обследовании ребенка была поставлена проба Феллинга с помощью 10% раствора FeCl3, которая оказалась резко положительной. Мальчик по физическому развитию не отстает от своих сверстников. Отмечается плоскостопие. Волосы очень светлые, глаза светло-голубые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В неврологическом статусе отмечается повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук. В остальном ─ без особенностей. Клинический анализ крови в норме, реакция Вассермана отрицательная. Психическое состояние. Мальчик, войдя в кабинет врача, не поздоровался, и не обратил никакого внимания на присутствующих. Немедленно схватил первую попавшуюся вещь и бросил ее. Все время находится в движении, но при этом поведение хаотичное: встает, садится, подбегает к столу, но при этом, ни к чему не проявляет устойчивого интереса. На замечания и окрики отца не обращает никакого внимания. Вступить в разговор с мальчиком очень трудно, так как с большим трудом удается привлечь его внимание.

Вопрос: выберите правильный диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость (УО) умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с недоношенностью 2. УО умеренная с незначительными нарушениями поведения, обусловленная гипертиреозом 3. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная гипертиреозом 4. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная фенилкетонурией 5. УО тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с хромосомными нарушениями

Ответ: 4

**Задача № 63**

Больной П. С рождения - умственное недоразвитие. Сидит где-либо в углу комнаты и маятникообразно раскачивается. Неопрятен. Жует все, что попадает ему в руки, не отличая съедобное от несъедобного. Запаса слов нет. Речь не развита, иногда только издает нечленораздельные звуки.

Вопрос: назовите диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 2. Умственная отсталость тяжелая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 3. Умственная отсталость глубокая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 4. Умственная отсталость глубокая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 5. Умственная отсталость умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами

Ответ: 1

**Задача № 64**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: что Вам, прежде всего, потребуется для уточнения диагноза? 1. Данные электроэнцефалографии 2. Данные компьютерной томографии мозга 3. Тщательное психологическое обследование, данные тестов на развитие интеллекта 4. Данные неврологического обследования 5. Данные терапевтического обследования.

Ответ: 3

**Задача № 65**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Деменция лакунарная 3. Психопатия мозаичного типа 4. Акцентуация характера неустойчивого типа 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 1

**Задача № 66**

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

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 1

**Задача № 67**

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

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Транквилизаторы 2. Психотерапия 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 2

**Задача № 68**

Больной Х., 30 лет. Рос и развивался удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель, поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет обучался музыке и при этом считался будущим музыкальным гением. После окончания школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам. В этот период перенес ангину с высокой температурой, почувствовал болезненные ощущения в области сердца и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем, что боли не прекращались, поступил в больницу. После тщательного обследования в больнице боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность, так как, по мнению родных, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Нормотимики 5. Нитраты.

Ответ: 5

**Задача № 69**

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: какое обследование не показано больной: 1. Неврологическое 2. Психологическое 3. Общесоматическое 4. Электроэнцефалография (ЭЭГ) 5. Эндоскопическое.

Ответ: 5

**Задача № 70**

Больной С., 44 года, инженер-геофизик. При поступлении жалобы на общее недомогание, повышенную потливость, часто возникающее сердцебиение, плохой сон, чувство внутреннего напряжения, изжогу, неприятные ощущения в эпигастрии. Отец – инженер, активный, энергичный, экстраверт по характеру. Мать – врач, мягкая, уступчивая, малообщительная, полностью посвятившая себя семье. С ранних лет тенденция во всем подражать отцу, быть лидером в среде сверстников. Однажды больной стал невольным свидетелем свидания отца с другой женщиной. Вскоре отец на несколько месяцев покинул семью. После его возвращения внешне сохранил с ним хорошие отношения, однако, решил никогда не быть таким как он. После окончания института работал инженером в геофизической лаборатории, а после защиты диссертации – ее начальником. Женился в 25 лет не испытывая сильной влюбленности. Жена нравилась своим спокойным характером, умением поддержать в трудных ситуациях. Появилось двое детей. В 29 лет обнаружены язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический гастрит. Началу заболевания предшествовало страстное увлечение замужней женщиной. Эти отношения приняли двойственный характер: больного постоянно тяготили необходимость скрывать свои отношения от жены, «угрызения совести», потеря всех своих прежних идеалов. И когда он был поставлен перед дилеммой оформить новый брак или порвать отношения, то решил сохранить прежнюю семью. С этого времени дом стал раздражать, появилась скрытая неприязнь к жене, хотя больной понимал необоснованность своих претензий к жене и внешне старался вести себя корректно. Стал больше времени уделять работе, что не приводило к хорошим результатам. Появились повышенная утомляемость, неприятные ощущения в области сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Витаминотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Ноотропы 5. Коронаролитические средства.

Ответ: 5

**Задача № 71**

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: укажите основной вид терапии: 1. Нейролептики 2. Антидепрессанты 3. Ноотропы 4. Транквилизаторы 5. Психотерапия.

Ответ: 5

**Задача № 72**

Больной Ш., 14 лет, болен с 9 лет. Страдает спонтанными фокальными судорогами (миоклонии или клонии в ограниченной области), иногда усиливающимися от сенсорных стимулов и движения, которые могут продолжаться часы, дни. Состояние фармакорезистентено. ЭЭГ- Эпилептиформные разряды в моторной коре контрлатерально судорогам. Психика – без особенностей Неврология – гемипарез, гемигипестезия соответствуют поражению коры, ЯМРТ головного мозга – опухоль.

Возможная терапия: 1. Карбамазепин 2. Депакин 3. Хирургическое вмешательство

4. Вальпроат +АКТГ+ бензодиазепины 5. Все перечисленное

**Вопросы для проверки практических знаний и умений**

1. Классификация психологических средств лечения
2. Психотерапевтические приемы и техники
3. Психотерапевтические методы
4. Психотерапевтические направления
5. Психика как функциональная система
6. Определение личности. Свойства личности
7. Характеристика зрелой личности и полноценное функционирование личности
8. Теория копинг-поведения Р. Лазаруса
9. Психологическая защита и защитное поведение
10. Сопротивление
11. Личность психотерапевта и позиции лечащего врача
12. Адаптивное поведение
13. Симптоматическая психотерапия
14. Патогенетическая психотерапия
15. Личностно-конструктивная психотерапия
16. Учение о комплексах
17. Структурирование проблемного состояния
18. Структурирование образа достижения
19. Внутренняя картина болезни
20. Внутренняя картина здоровья
21. Формула здоровья-болезни
22. Критерии эффективности психотерапии
23. Супервизия
24. Психотерапевтическое консультирование
25. Особенности взаимодействия врача и пациента в различных направлениях психотерапии
26. Понятие психотерапевтического комплаенса
27. Вопросы профессиональной экологии при проведении психотерапии
28. Проблема принятия пациентом психогенной природы своего заболевания
29. Роль и место клинического психолога в психотерапевтическом процессе
30. Роль и место специалиста по социальной работе и других специалистов в психотерапевтическом процессе
31. Содержание понятия форма психотерапии. Научно-теоретические основы разделения психотерапии на индивидуальную, семейную (супружескую), групповую психотерапию и психотерапевтическую среду.
32. Индивидуальная психотерапия
33. Понятие семейной психотерапии
34. Понятие групповой психотерапии
35. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество
36. Когнитивная психотерапия
37. Методы саморегуляции
38. Поведенческая психотерапия
39. Гуманистически-экзистенциальная психотерапия
40. Психоаналитически ориентированная (психодинамическая) психотерапия
41. Трансактный анализ
42. Гештальт-терапия
43. Психодрама
44. Сущность транссовых и гипнотических состояний
45. Классический гипноз и гипнотерапия
46. Эриксоновский гипноз и терапия
47. Игровая психотерапия
48. Групповая психотерапия
49. Метод групповой дискуссии
50. Социально-психологический тренинг
51. Психосинтез. Работа с субличностями
52. Духовная психотерапия
53. Нейролингвистическое программирование
54. Телесно-ориентированная психотерапия
55. Трансперсональная психология и терапия
56. Плацебо эффект. Эффект Хауторна. Опосредованная психотерапия
57. Арттерапия. Психотерапия творческим самовыражением
58. Семейная психотерапия
59. Балинтовские группы
60. Суггестивна психотерапия
61. Психоаналитическая психотерапия
62. Краткосрочная методика психодинамической психотерапии
63. Когнитивная психотерапия Бека
64. Рационально-эмоциональная психотерапия Эллиса
65. Неоповеденческие методы: «Нейролингвистическое программирование»; «Позитивная психотерапия Н.Пезешкиана»; «Краткосрочная позитивная психотерапия»; «Интерперсональная терапия Клермана и Вейсман»
66. Экзистенциальная психотерапия
67. Клиент-центрированная психотерапия
68. Гештальт-терапия
69. Психодраматическая психотерапия
70. Неврозы и принципы их лечения
71. Зависимости от психоактивных веществ и принципы их лечения
72. Кризисные состояния и подходы к их коррекции
73. Телефонное консультирование. Экстренная психологическая помощь
74. Психотерапия психосоматических заболеваний
75. Психотерапия неврозов
76. Психотерапевтические подходы при коррекции психопатий
77. Место психотерапии при лечении психозов
78. Психотерапия тяжелых и неизлечимых соматических заболеваний
79. Неотложная психотерапия
80. Посттравматические стрессовые расстройства и их психотерапия
81. Лечение депрессии. Психо- и фармакотерапия
82. Психотерапия детей и подростков
83. Психотерапия пожилых больных
84. Сексуальные расстройства и их психотерапия
85. Адаптивные расстройства и их психотерапия
86. Психотерапия в хирургии
87. Психотерапия в акушерстве и гинекологии
88. Психотерапия и фармакотерапия
89. Связующие стратегии переформирования
90. Клиника и терапия соматоформных расстройств
91. Организация психотерапевтической помощи
92. Структура психотерапевтической службы
93. Организационные этапы развития психотерапевтической помощи в РФ
94. Состояние психотерапевтической помощи в РФ
95. Законодательная и нормативно-правовая база организации психотерапевтической помощи
96. Бригадная модель оказания психотерапевтической помощи

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра **психиатрии и наркологии**

направление подготовки (специальность) **31.08.22 Психотерапия**

практика **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПО ПСИХОТЕРАПИИ**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.** Психотерапевтические методы

**II.** Эриксоновский гипноз и терапия

**III**. Ситуационная задача № 23

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

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

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

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

**Нормативно-правовые документы:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*(заполняется для практик по ФГОС 3+)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | **УК -1:** готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Уметь** на основе изученных теоретических концепций личности в условиях клинической практики производить оценку роли психологических и социальных факторов в возникновении психогенного расстройства, владеть практическими навыками определения целей, задач и мишеней психотерапии, разработки индивидуальной психотерапевтической программы психотерапии пациента с невротическим состоянием. | Вопросы № 1-10, 17,18,23,24,28 |
| **Владеть** основными классификационными критериями теорий личности, принципами анализа личности конкретного пациента, способами анализа и изучения причин возникновения психогенных расстройств, методами анализа и оценки возникновения невротического расстройства в рамках ведущих концепций психотерапии. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** оказания экстренной неотложной помощи при психогенных расстройствах. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **УК-2:** готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этические, конфессиональные и культурыные различия | **Уметь** в условиях внебольничной практики производить оценку роли социальных (социально-стрессовых, социально-психологических) факторов в возникновении психогенного расстройства и психотерапии. | Вопросы № 59,60,85-87, 91-96 |
| **Владеть** основными понятиями и теориями психотравмирующего воздействия, стрессовых и невротических расстройств. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** организации оказания экстренной и неотложной помощи в экстремальных ситуациях. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **УК-3:** готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке госудраственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; | **Уметь** в условиях внебольничной практики создать организационные условия для проведения суггестивной психотерапии, организовать начало психотерапевтического процесса, провести первичное интервью пациента, заключить контракт на проведение суггестивной психотерапии, разработать стратегию проведения, проводить суггестивную психотерапию в условиях внебольничной практики. | Вопросы № 91-96 |
| **Владеть** основными навыками проведения суггестивной психотерапии, организации процесса психотерапии, создания терапевтического контракта, постановки целей и задач суггестивной психотерапии; принципами оценки эффективности психотерапевтического процесса при проведении суггестивной психотерапии. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** проведения семинаров и тренингов для специалистов среднего и высшего медицинского образования по вопросам оказания психотерапевтической помощи в экстремальных ситуациях. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; | **Уметь** определять склонность, предрасположенность, предвестники, начальные признаки и оказывать учреждающую помощь по поводу кризисных расстройств, обеспечить своевременность лечения в амбулаторных или стационарных условиях. | Вопросы № 12,16,19-21,33,34,37,50,58 |
| **Владеть** навыками оказания помощи по поводу кризисных расстройств и обеспечение своевременности лечения в амбулаторных или стационарных условиях. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи по поводу кризисных расстройств. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **ПК-2:** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения | **Уметь** проводить социально-психологические и медико-статистические исследования по проблемам суицидологи, стрессовых, дезадаптивных и других кризисных расстройств и разрабатывать рекомендации по их профилактике. | Вопросы № 39-31,70,71-77,82-85,90 |
| **Владеть** навыками раннего выявления признаков стрессовых, дезадаптивных и других кризисных расстройств (в том числе с депрессивными проявлениями) и проведения мер профилактики суицидального поведения. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи в стрессовых, кризисных ситуациях. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **ПК-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; | **Уметь** в условиях внебольничной практики и в клинике распознавать стрессовые и кризисные расстройства, оценивать их причину и прогноз, диагностировать типологию личностного кризиса, адаптивный потенциал личности и мотивы больного. | Вопросы № 13-16, 22, 32-58, 61-72, 74-77,82-84, 88-90 |
| **Владеть** навыками оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Уметь** создать организационные условия для кризисной психотерапии, установить контакт с пациентом, начать психотерапевтический процесс, разработать тактику и стратегию его лечения. | Вопросы № 13-16, 22, 32-58, 61-72, 74-77,82-84, 88-90 |
| **Владеть** алгоритмом психотерапевтическихнавыков оказания помощи пациентам в кризисных ситуациях, алгоритмом неотложной и последующей психофармакотерапией. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** оказания психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в кризисных ситуациях. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации; | **Уметь** определять чрезвычайный характер тех или иных событий, характер и степень угрозы и быть готовым к оказанию поддержки и помощи нуждающимся; диагностировать тяжесть стрессового воздействия и глубину стрессового состояния пострадавших; включиться в прямое оказание лечебной помощи нуждающимся. | Вопросы № 72,73,78-81 |
| **Владеть** психотерапевтическими навыками оказания поддержки и помощи пострадавшим, в том числе с использованием неотложной психофармакотерапией. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** оказания поддержки и помощи пострадавшим, в чрезвычайных ситуациях. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
|  | **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | **Уметь** организовать и направлять психотерапевтически-реабилитационным процесс, проводить личностно-реконструктивную и восстановительную психотерапию, повышать адаптивный потенциал и тренировать механизмы совладающего поведения. | Вопросы № 13-16, 22, 32-58, 61-72, 74-77,82-84, 88-90 |
| **Владеть** навыками проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапией с целью реабилитации. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |
| **Иметь практический опыт** проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапии с целью реабилитации. | Практические задания (ситуационные задачи) №1-72 |