федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**по дисциплине «Психотерапия»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ»**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

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

УК-2 - готовность к управлению коллектива, толерантно воспринимать социальные, этнические, 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-5 - диагностическая деятельность: готовность 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 - лечебная деятельность: 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-9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

ПК-10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 Общая психотерапия**

**Тема 1** Психологические, клинические и социальные основы психотерапии

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. История возникновения и развития психотерапии за рубежом.
2. История возникновения и развития психотерапии в России.
3. Предмет психотерапии и её место в медицине.

**Тестовый контроль**

1.К ОСНОВНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ БЛОКАМ (АППАРАТАМ) МОЗГА, УЧАСТИЕ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЛЮБОГО ВИДА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования
2. блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегриро-

вания и абстрактного мышления

1. блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из

внешнего мира

1. блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности

2.АППАРАТЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ И РЕГУЛИРУЮЩИЕ ТОНУС КОРЫ, НАХОДЯТСЯ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. в стволовых отделах мозга
2. в подкорковых отделах мозга
3. в зрительных буграх и хвостатом теле
4. в гипоталамусе
5. во всех перечисленных структурах

3.РЕТИКУЛЯРНАЯ ФОРМАЦИЯ ПОСТРОЕНА (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. по типу нервной сети, в которую вкраплены тела нервных клеток, соединяющиеся друг с другом короткими отростками
2. таким образом, что волокнами своими доходит до древней и новой коры
3. так, что составляет единую вертикально расположенную функциональную систему, единый саморегулирующий аппарат
4. по принципу "рефлекторного круга", который регулирует тонус коры и сам регулируется корой головного мозга
5. все перечисленное правильно

4.ЛОБНЫЕ ДОЛИ ЧЕЛОВЕКА НЕПОСРЕДСТВЕННО НЕ УЧАСТВУЮТ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность
2. в приеме и хранении экстероцептивной информации
3. в сложнейших формах программирования
4. в регуляции сознательной деятельности человека

5.НА КАЖДОМ ШАГУ ФАКТЫ НАПОМИНАЮТ НАМ О ТОМ, ЧТО

1. мы властвуем над природой так, как завоеватель властвует над чужим
2. народом мы не властвуем над природой так, как кто-либо находящийся вне природы; мы едины с природой и потому бессмысленно и противоестественно представление о какой-то противоположности между духом и материей, душой и телом
3. мы планомерно познаем могучую духовную силу, движущую материей
4. наше сознание есть частица, искра вечного, бесконечного, изначального духа
5. все перечисленное

6. ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ РЕЧЬ ВОЗНИКЛА ПОТОМУ, ЧТО (Ф.ЭНГЕЛЬС)

1. люди были общественными животными
2. у человека была, в отличие от животных, способность к планомерным, преднамеренным действиям
3. формировавшиеся люди пришли к тому, что у них появилась потребность что-то сказать друг другу, подобно тому, как и домашнее животное нередко испытывает такую потребность
4. она пробудилась, открылась в человеке, разбуженная мощным духовным влиянием извне что отвечало дарвиновскому закону соотношения роста

7. СТРЕСС (ПО Г.СЕЛЬЕ) - ЭТО

1. нервное вредоносное напряжение
2. неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром
3. вид дистресса
4. защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором

8. В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТАКТИКИ (Г.СЕЛЬЕ)

1. синтоксическая
2. при которой игнорируется враг и делается попытка сосуществовать с
3. ним, не нападая
4. бегство или уход от врага без попыток сосуществовать с ним или уничтожить его, ведущая к бою
5. кататоксическая
6. все перечисленное

9. ФАЗАМИ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (Г.СЕЛЬЕ)

1. реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией
2. фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения
3. фаза сопротивления без лишних волнений
4. фаза истощения

10.КОНЕЧНАЯ ЦЕЛЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ (Г.СЕЛЬЕ)

1. обрести власть, славу, безопасность
2. дарить радость в порядке бескорыстной филантропии
3. получать радость, наслаждаться
4. раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности,проявить свою "искру божию"
5. правильно б) и в)

11.ПРИНЦИП ДОПОЛНИТЕЛЬНОСТИ НИЛЬСА БОРА ВЫРАЖАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО (И.М.ФЕЙГЕНБЕРГ, 1986)

1. различные результаты, полученные различными способами наблюдения,рассматриваются не как противоречивые, а как дополняющие друг друга
2. одно наблюдение дает один результат, другое - иной, и в этом состоит истина
3. в) в психологии сплошь и рядом невозможно отделить наблюдаемое явление от наблюдателя, невозможно однозначно провести границу между ними
4. пациентка в гипнотическом состоянии не видит стульев в кабинете врача и в то же время не наталкивается на них (то есть видит их)
5. все перечисленное

12.ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО (М.Е.БУРНО,1989)

1. истинной, подлинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением
2. это лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории (в отличие от психокоррекции)
3. психотерапевт с глубоким доверием, вниманием исследует, как лечит сама природа, помогая ей защищаться совершеннее; будучи клиницистом, сообразует свое психотерапевтическое воздействие с клинической картиной
4. для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, лучше вообще
5. правильно в) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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 № 2**

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

**Модуль 2 Основные формы психотерапии**

**Тема 1** *Основные формы психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Техники, методы и направления психотерапии.
2. Симптоматический, патогенетический и личностный подход в психотерапию.
3. Основные компоненты системы отечественной психотерапии.

**Тестовый контроль**

1.СУЩЕСТВО ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПО В.Е.РОЖНОВУ СОСТОИТ

1. в шоковом, остро-массивном эмоциональном воздействии на психику пациента
2. в стремлении смягчить изначальный антагонизм сознания и бессознательного
3. в стремлении пробудить в пациенте возвышающие личность интересы, увлеченность и противопоставить их болезненному расстройству, в том, что производится активное лечебное вмешательство, заставляющее пациента на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть, изменить отношение к себе, своему болезненному расстройству, среде
4. правильно а) и б)

2. К ОСНОВНЫМ ОБЩИМ ФАКТОРАМ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ, БЕЗ ЗНАНИЯ КОТОРЫХ ЕДВА ЛИ ВОЗМОЖЕН ПРАВИЛЬНЫЙ УЧЕТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ,

ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом
2. приобретения социальных навыков на модели психотерапевта
3. убеждения и внушения, явного или скрытого
4. характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта

3. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРЕДПОСЫЛКАМИ ШИРОКОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. постоянное соотнесение структуры, формы психотерапевтического воздействия с клинической картиной, особенностями личностной почвы пациента
2. клиническое мироощущение и диалектико-материалистическое движение мысли психотерапевта
3. прямое использование психотерапии в большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая или весьма существенная роль
4. лечебно-профилактическое значение психотерапии с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и прочее
5. правильно в) и г)

4. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В КЛИНИКЕ НЕВРОЗОВ И ПСИХОТЕРАПИИ ИНСТИТУТА БЕХТЕРЕВА, УБЕЖДАЕТ В ТОМ, ЧТО (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. имеется отчетливая зависимость между степенью выраженности q-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакцией на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинических субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности
2. благотворные изменения, происходящие с невротиком, обнаруживаются в обмене холестерина
3. лечебный сдвиг регистрируется только на вегетосоматическом уровне
4. у больных неврозами обнаруживается определенные изменения в системе эндорфинов, энкефалинов
5. правильно а) и б)

5. КОНЦЕПЦИЯ ОТКРЫТОЙ ВСТРЕЧИ УИЛЬЯМА ШУТЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ТОМ, ЧТО (К.РУДЕСТАМ)

1. эмоциональные конфликты выражаются через мышечное напряжение в различных областях тела; любое психологическое воздействие, игнорирующее телесные ощущения, будет неполным
2. необходимо открыть свой "багаж" представлений о сексуальности всем в группе
3. необходимо добросовестно и безоговорочно сдерживать свои эротические порывы к членам группы
4. необходимо осознать, как по-разному воспринимают мир люди различных личностных складов, мужчины и женщины, дети и взрослые

6. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОНЯТИЯ ГРУППЫ ВСТРЕЧ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (К.РУДЕСТАМ)

1. самораскрытия
2. художественного импровизированного творчества
3. внимания к чувствам
4. осознания самого себя и своего физического "Я"
5. ответственности

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Психодинамическое направление в психотерапии, его определение, концептуальные и теоретические характеристики
2. Особенности взаимодействия врача и пациента в различных направлениях психотерапии
3. Понятие психотерапевтического контракта
4. Вопросы профессиональной экологии при проведении психотерапии
5. Проблема принятия пациентом психогенной природы своего заболевания
6. Роль и место клинического психолога в психотерапевтическом процессе
7. Роль и место специалиста по социальной работе и других специалистов в психотерапевтическом процессе
8. Содержание понятия форма психотерапии
9. Научно-теоретические основы разделения психотерапии на индивидуальную, семейную (супружескую), групповую психотерапия и психотерапевтическую среду
10. Индивидуальная психотерапия
11. Понятие семейной психотерапии

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 1** «*Методы психотерапии, относящиеся к психодинамическому направлению*»

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Основные направления психотерапии.
2. Современные представления о психоанализе.
3. Русская школа психоанализа.

**Тестовый контроль**

1.В ОСНОВЕ СЛОЖИВШИХСЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. диалектико-материалистическое учение о болезни
2. физиология высшей нервной деятельности и достижения современной нейрофизиологии
3. материалистическая психология и социология
4. педагогика
5. все перечисленное

2.ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ЗАСЛУЖИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. психоанализ и клиническая психотерапия
2. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, методы преимущественно симптоматической психотерапии
3. эмоционально-стрессовая психотерапия
4. правильно б) и в)

3.СТРАДАЮЩИЙ НАВЯЗЧИВЫМ СОСТОЯНИЕМ НЕВРОТИК ОБЫЧНО ИСХОДНО ОТЛИЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (З.ФРЕЙД)

1. весьма энергичного характера
2. упрямства
3. несложного и недалекого ума, детского легкомыслия
4. чрезмерной совестливости

4.СМЫСЛ СИМПТОМА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. откуда он берется
2. как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический
3. куда или к чему ведет
4. впечатления и переживания, от которых он исходит

5.ЦЕЛЬ НАВЯЗЧИВОГО СИМПТОМА ЗАВИСИТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ОТ (З.ФРЕЙД)

1. образованности пациента
2. нозологической окраски
3. религиозности пациента
4. бессознательного
5. осознанного сексуального голода

6. ВЫТЕСНЕННЫЕ ДУШЕВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ - ЭТО ДУШЕВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (З.ФРЕЙД)

1. не способные никогда проникнуть в сознание и не пытавшиеся это делать
2. не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное
3. стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души
4. которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются
5. в которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция

7.ИЗ НИЖЕСЛЕДУЮЩИХ ПОНЯТИЙ ПОНИМАНИЯ ДУШЕВНОЙ ЖИЗНИ БОЛЕЕ ОПРАВДАННЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. подсознательного и внутрисознательного
2. бессознательного
3. предсознательного
4. сознательного

8.ОСТАТКИ ДНЕВНЫХ ВПЕЧАТЛЕНИЙ, В КОТОРЫХ МЫ УЗНАЕМ ПОБУДИТЕЛЕЙ СНОВИДЕНИЯ, ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. скрытое сновидение
2. вытесненные желания
3. смещение и сгущение
4. явное сновидение
5. ничего из перечисленного

9. СИМПТОМ - ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. вытеснение
2. заместитель чего-то, чему помешало вытеснение
3. сопротивление
4. проявление скрытых свойств характера
5. околосознательное

10.СОПРОТИВЛЕНИЕ ИСХОДИТ ИЗ (З.ФРЕЙД)

1. бессознательных глубинных агрессивных переживаний
2. сил "Я", известных и скрытых свойств характера
3. сексуальной энергии
4. вытеснения

11.ЦЕЛЬЮ НЕВРОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. уйти в навязчивости, истерические конверсивные расстройства и другое невротическое от неспособности сознательно, разумно-человечески решить определенную конфликтную ситуацию
2. сексуальное удовлетворение невротиков
3. заменить, заместить собой то сексуальное удовлетворение, которого невротики лишены в жизни
4. сопротивление вытеснено
5. удовлетворение сексуальных желаний

12. СУЩЕСТВО ЭДИПОВА КОМПЛЕКСА СОСТОИТ (З.ФРЕЙД)

1. в агрессивности малыша к матери
2. в сексуальном равнодушии малыша к детям противоположного пола
3. в нежной бессознательной тяге к отцу как к защитнику
4. в садистском отношении к маленьким животным
5. ни в одном из перечисленных

13. РЕГРЕССИЯ - ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. вытеснение либидо
2. процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного
3. процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему
4. чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам
5. возврат либидо на более ранние степени его развития

14.ПРИ НЕВРОЗЕ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ (З.ФРЕЙД)

1. маскировка любовного импульса под садистский
2. регрессия либидо без вытеснения
3. неосознанное сексуальное извращение
4. оральное эротическое напряжение
5. комплекс Эдипа

15.НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО,КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. конфликта, возникающего из-за нового вида удовлетворения либидо
2. компромисса неудовлетворенного, отвергнутого реальностью либидо и его регрессией с выходом из-под власти "Я"
3. бессознательного отступления либидо, благодаря фиксации на его пути развития (проходимом теперь регрессивно), против которых "Я" защищалось в свое время вытеснениями
4. того, что либидо добивается какого-нибудь реального, хотя уже и ненормального удовлетворения

16. ФОБИЯ - ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. вытеснение и перевод либидо в страх, связанный с внешней опасностью; "окоп" против внешней опасности, которую представляет собой внушающее страх либидо
2. бессознательный уход в болезнь (в данном случае конкретный страх, не имеющий отношения к либидо) от сложной конфликтной ситуации
3. навязчивый, беспредметный страх, пассивно возникающий только в конкретной "фобической" ситуации и не существующий вне ее
4. свободный страх, готовый привязаться к любому более или менее подходящему содержанию представления, оказывающий влияние на суждение
5. правильно б) и в)

17. "КОМПЛЕКСЫ" - ЭТО (К.ЮНГ)

1. аффекты, заряженные тягостным переживанием своей неполноценности
2. фрагменты обостренного самолюбия, не могущего найти выхода, разрядиться, реализующиеся в агрессивные поступки или в невротические симптомы
3. психические фрагменты, выделившиеся в отдельные констелляции образов и идей в результате психических травм или каких-либо конфликтов, одновременно несовместимых друг с другом тенденций; подавленные эмоциональные содержания, которые могут вызвать постоянное душевное раздражение, а иногда даже симптомы невроза
4. постоянно сдерживаемая осознанная, ситуационно обусловленная неприязнь к кому-либо

18.АРХЕТИПЫ - ЭТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (К.ЮНГ)

1. "архаических остатков" (З.Фрейд)
2. "первобытных образов" (К.Юнг)
3. часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца
4. некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов
5. проявления инстинктов в фантазиях посредством символических образов

19. "ЛИЧНОСТНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ" - ЭТО (К.ЮНГ)

1. поверхностный слой бессознательного; бессознательное, приобретаемое из личного опыта
2. бессознательное, идентичное у всех людей
3. бессознательное, имеющее всеобщую природу
4. бессознательное, включающее в себя содержания и образы поведения, которые являются повсюду и у всех индивидов одним и тем же

20. "КОЛЛЕКТИВНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ" - ЭТО (К.ЮНГ)

1. сверхличное бессознательное
2. врожденный глубокий слой бессознательного, приобретаемый из личного опыта
3. место скопления вытесненных содержаний
4. душевное групповое переживание, возникающее в коллективе несовместимых друг с другом людей
5. сумма индивидуальных бессознательных

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Психодинамическое направление в психотерапии, его определение, концептуальные и теоретические характеристики
2. Основные теоретические положения психоанализа
3. Идея бессознательного и его влияние на психическое функционирование человека
4. Влечения: а)сексуальные (либидо) и самосохранения (влечения Я); б) Эрос и Танатос.
5. Проявления бессознательного в поведении человека
6. Аналитическая психология и психотерапия К.Г. Юнга
7. Индивидуальная психология А. Адлера (жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции,
8. «чувство общественного», стремление к социальной кооперации)
9. Краткосрочная психодинамическая психотерапия
10. Гипноанализ
11. Современная модель краткосрочной психодинамической психотерапии
12. Групповая психоаналитическая психотерапия и ее влияние на развитие современных моделей групповой психотерапии
13. Концепция социальной энергии Г. Аммона и использование ее в организации терапевтической среды
14. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Карвасарскому, Исуриной, Ташлыкову

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 2** *«Методы психотерапии, относящиеся к когнитивно-поведенческому направлению»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Развитие когнитивной психотерапии в трудах Р.Лазаруса, С.Шехтера, Л.Фенстилбера.
2. Когнитивно-бихевиоральный подход к изучению личности.
3. Вклад отечественных учёных в развитие когнтивно-поведенческой психотерапии.

**Тестовый контроль**

1.К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ СТИЛЕЙ РУКОВОДСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ГРУППОЙ (ПО СЛУЦКОМУ И ЦАПКИНУ) ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1. директивного стиля
2. имплицитно-мозаичного стиля
3. принципа партнерства
4. динамического стиля
5. отстраненной позиции

2. ФОРМАМИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. эмпатия
2. самораскрытие
3. групповая систематическая десенситизация фобий
4. снижение эгоцентризма и чувство общности с группой
5. ни одно из перечисленных

3.ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ (АБСОЛЮТНЫМИ) К ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

1. гиперкинезы и тики
2. писчий спазм
3. судорожные припадки
4. пароксизмы различного генеза
5. все перечисленное

4. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ ГРУПП (ПО СЛУЦКОМУ И ЦАПКИНУ) ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВСЕ НИЖЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ

1. свободно смешивать больных легкими формами душевных заболеваний с невротиками
2. быть осторожным при включении в группу астенических и психастенических психопатов
3. не допускать в группу больных с истерическими чертами характера
4. ни в коем случае не принимать в группу больных с паранояльными чертами
5. все перечисленное

5.В РАЗВИТИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ОСНОВНЫМИ ФАЗАМИ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ЯВЛЯЮТСЯ

1. фаза напряжения и фаза аффективно заряженного поведения, негативного по отношению к психотерапевту
2. фаза с аффективно заряженным одобрением психотерапевта и благодарным желанием группы его защищать
3. фаза спонтанных анархических поступков участников группы
4. фаза релаксаций

6. ВО ВРЕМЯ ГРУППОВОЙ ДИСКУССИИ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ОБЫЧНО ПРОСЯТ НОВОГО ПАЦИЕНТА

1. рассказать о своих симптомах, сообщить о своем семейном положении и назвать свою профессию
2. сказать о своем отношении к групповой психотерапии
3. дать оценку нравственным особенностям психотерапевта с первого взгляда
4. искренне проанализировать при всех свое отношение к животным
5. правильно а) и б)

7.ПРИ ФОКУСИРОВАННОМ ОБСУЖДЕНИИ БИОГРАФИИ И ПРОБЛЕМ ОДНОГО ИЗ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. психотерапевт не может задавать вопросы пациенту
2. психотерапевт не может задавать вопросы группе
3. пациенты могут выражать свою агрессивность к обсуждаемому члену группы, а отдельные члены группы могут выражать стремление "показать себя" перед психотерапевтом или группой
4. важно сфокусировать внимание всей группы в течение длительного времени (1-3 занятия) только на одном пациенте
5. правильно б) и г)

8. КЛИМАТ, АТМОСФЕРУ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. вербальные средства воздействия
2. невербальные средства воздействия
3. мимика психотерапевта, его жестикуляция и интонация
4. объяснения психотерапевтом проблем пациента
5. правильно б) и в)

9.ВОЗМОЖНО ГОВОРИТЬ О СЛЕДУЮЩИХ ТИПАХ АКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ГРУППЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. структурирования хода занятий и сбора информации
2. побуждения пациентов к конфронтации и обучения сублимации
3. убеждения и переубеждения пациентов
4. все перечисленное
5. правильно а) и в)

10.В СЛУЧАЕ ДЛИТЕЛЬНОГО МОЛЧАНИЯ В ГРУППЕ ПСИХОТЕРАПЕВТУ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. апрерывать молчание, стимулируя группу к какой-либо определенной активности
2. делать это молчание предметом обсуждения
3. не прерывать молчание
4. использовать молчание для того, чтобы помочь пациентам понять свою ответственность за то, что происходит в группе
5. стремиться всегда к максимальному смягчению напряженности в группе

11.ЗАДАЧЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ЯВЛЯЕТСЯ

1. недирективное ориентирование активности группы; стимулирование группы
2. постоянный контроль над соотношением сплоченности и напряженности в группе
3. являть собой образец поведения в групповой ситуации
4. способствовать усвоению пациентом навыков сотрудничества и взаимо-помощи
5. все перечисленное

12.РАЗЫГРЫВАНИЕ РОЛЕВЫХ СИТУАЦИЙ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. вербальной формы групповой психотерапии
2. невербальной формы групповой психотерапии
3. приема, который может выполнять функцию поведенческого тренинга
4. приема, при котором пациент может разыгрывать роль жены, с которой в конфликте, его же самого может играть психотерапевт
5. прием, при котором два пациента, стоя за спиной играющих, воспроизводят их "внутренний диалог"

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии, его определение, концептуальные и теоретические характеристики
2. Методы, входящие в когнитивно-поведенческое направление, история их создания, основные теоретические и концептуальные основы
3. Классическая и оперантная теории научения в трудах Павлова и Скинера
4. Основные теоретические положения когнитивно-поведенческой теории
5. Развитие теории научения на модели когнитивных процессов. Труды Вольпе и Бандуры
6. Общие цели когнитивно-поведенческой психотерапии
7. Психотерапевтический контракт при проведении когнитивно-поведенческой психотерапии
8. Усиление мотивации пациента к участию в когнитивно-поведенческой психотерапии
9. Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса в когнитивно-поведенческой психотерапии
10. Определение актуальной проблемы и фокуса психотерапевтического сеанса
11. Поведенческий и проблемный анализ
12. Схема проведения поведенческого и проблемного анализа
13. Определение мишеней психотерапии. Поиск ресурса
14. Когнитивная проработка проблемы
15. Когнитивные техники
16. Поведенческие техники
17. Поведенческая (опытная) проработка проблемы
18. Технические приемы начального этапа психотерапии

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 3** *«Методы психотерапии, относящиеся к экзистенциально-гуманистическому направлению»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Личность и гуманистически-экзистенциальная психотерапия.
2. Психотерапия творческим самовыражением.
3. Личность и трансактный анализ.

**Тестовый контроль**

1. БЛАГОДАРЯ СУБЪЕКТИВНЫМ КОНСТРУКТАМ СМОГЛИ ПОЯВИТЬСЯ (К.РОДЖЕРС)

1. поведенческая теория
2. патологическая физиология
3. теория относительности, теория высвобождения атомной энергии и теория космического пространства
4. правильно в) и г)

2. ПОДЛИННО ЭВРИСТИЧНЫМИ ТЕОРИЯМИ, КОТОРЫЕ ПРИВЕДУТ К ОТКРЫТИЮ ВАЖНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ОКАЖУТСЯ ТЕОРИИ (К.РОДЖЕРС)

1. основанные на экзистенциально-феноменологических построениях
2. основанные на объективных наблюдениях за поведением
3. постулирующие связь между внутренними субъективными явлениями, не поддающимися непосредственному измерению
4. субъективно изучающие личность наблюдателя и наблюдаемого, объективно изучающие личность
5. все перечисленное

3.ЭМПАТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ОБЩЕНИЯ С ДРУГОЙ ЛИЧНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (К.РОДЖЕРС)

1. постоянной чувствительности к меняющимся переживаниям другого - к страху или гневу, или растроганности, или стеснению, одним словом, ко всему, что испытывает он или она
2. полного отождествления, идентификации себя с этим другим (другой)
3. вхождения в личный мир другого или пребывания в нем "как дома"
4. временной жизни другой жизнью, деликатного пребывания в ней без оценивания и осуждения
5. улавливания того, что другой сам едва осознает, не без попытки вскрыть совершенно неосознанные чувства, поскольку они могут оказаться травмирующими

4.ЭМПАТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ОБЩЕНИЯ С ДРУГОЙ ЛИЧНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (К.РОДЖЕРС)

1. сообщения ваших впечатлений о внутреннем мире другого, когда вы смотрите свежим и спокойным взглядом на те его элементы, которые волнуют или пугают вашего собеседника
2. частого обращения к другому для проверки своих впечатлений и внимательного прислушивания к получаемым ответам
3. ясного, окровенно-честного высказывания другому своей профессионально-критической точки зрения по поводу его мыслей и переживаний
4. указывания на возможные смыслы переживаний другого (дабы помочь ему переживать более полно и конструктивно); при этом на некоторое время оставляем в стороне свои точки зрения и ценности (чтобы войти в мир другого без предвзятости)
5. отодвигания в сторону своего "Я" при ясном чувстве, что смогу успешно вернуться из мира другого в свой мир, когда захочу

5."ПОДЛИННОЕ НАУЧЕНИЕ" ОТ "ВНЕШНЕГО НАУЧЕНИЯ" ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО (А.МАСЛОУ)

1. оно есть приобретение, накопление в себе различных навыков, не просто механическое запоминание
2. помогает человеку стать лучше, насколько это возможно; может помочь человеку стать тем, кем он способен стать
3. помогает приобрести знания и честность
4. правильно а) и в)

6. Б-ЦЕННОСТЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (А.МАСЛОУ)

1. красота и простота
2. истина
3. совершенство
4. всесторонность
5. все перечисленное

7. ДОРОГАМИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ (А.МАСЛОУ)

1. представить себе жизнь как процесс постоянного выбора из различных возможностей возможности роста
2. выявлять свои защиты, преодолевая их (например, реритуализация)
3. полное живое бескорыстное переживание с полным сосредоточением и погруженностью, т.е. переживание без подростковой застенчивости
4. прислушиваться именно к самому себе, к своему "Я", а не к внешним голосам, традициям и т.д., быть готовым к независимой от окружающих позиции
5. быть самим собой и в том смысле, чтобы уважать свои не безнравственные патологические свойства (чувство неполноценности, стеснительность, нерешительность и т.д.), чувствовать в них общественно полезную силу, применить их с пользой для людей

8.КОНСУЛЬТАНТ, ПОМОГАЮЩИЙ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ (А.МАСЛОУ)

1. пытается помочь человеку совершенствоваться, расти личностно в рамках собственного стиля этого человека, работает в духе учения даосизма
2. пропагандирует знания пациентам, тренирует их
3. в идеальном случае помогает пациенту проникнуться своими (психотерапевта) теоретическими представлениями, доносит до пациента свой взгляд на мир
4. помогает пациенту сооружать всевозможные защиты от жизненных трудностей

9.СУЩНОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО СУЩЕСТОВАНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ (В.ФРАНКЛ)

1. быть направленным не на себя, а на что-то иное; в самотранценденции
2. преодолеть дихотомию объекта и субъекта
3. смысл жизни не направлял ход бытия
4. не быть противопоставленным миру

10. СМЫСЛЫ - ЭТО (В.ФРАНКЛ)

1. сами люди
2. выражение самости человека
3. больше, чем проекция самости; то, что обнаруживается нами
4. то, что создается нами

11. В ЧЕЛОВЕКЕ БЕЗОШИБОЧНО И ВСЕМОГУЩЕСТВЕННО (В.ФРАНКЛ)

1. свобода, мудрость, совесть и честь, искренность
2. либидо
3. чутье на характеры
4. ничего из перечисленного

12. ПОМОЩЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПАЦИЕНТУ В ЕГО ПОИСКАХ СМЫСЛА ВКЛЮЧАЕТ (В.ФРАНКЛ)

1. указать отчетливо пациенту на его ценности, подчеркнуть ему, дать ему его смысл
2. психотерапевт должен дать ясно понять пациенту, что знает, что истинно ценно, а что нет, в чем заключается истинный смысл
3. внушить пациенту то, что он, психотерапевт, истинно знает как никто, - что есть добро, что - зло
4. пациента следует направить к его собственной совести
5. убедить пациента в том, что его совесть не может ошибаться

13.К ТРЕМ ИЗВЕСТНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛОГОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ (В.ФРАНКЛ)

1. свободная воля и стремление к смыслу
2. живой ум психотерапевта
3. оптимизм психотерапевта
4. порядочность психотерапевта

14.ПСИХОТЕРАПЕВТ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТАМ ИСКАТЬ СМЫСЛ СВОЕЙ ЖИЗНИ (В.ФРАНКЛ)

1. ведя групповые философские дискуссии с пациентами
2. преподавая группе пациентов экзистенциальный анализ
3. внушая лечебную необходимость поисков смысла в гипнотических сеансах
4. прибегая лишь к индивидуальному внушению смысла и цели жизни, предписывая пациенту выучить основные элементы учения о смысле своей жизни
5. ничего из перечисленного

15. ЧЕЛОВЕК ОБЫЧНО НАХОДИТ СМЫСЛ СВОЕЙ ЖИЗНИ (В.ФРАНКЛ)

1. в совершении какого-либо дела
2. в творчестве
3. в переживании добра и истины
4. во встрече с уникальностью другого человека
5. во всем перечисленном

16.К ТРЕМ ОСНОВНЫМ ПУТЯМ, КАКИМИ ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ НАЙТИ СМЫСЛ В ЖИЗНИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ (В.ФРАНКЛ)

1. пути помощи нуждающемуся в ней
2. пути творчества
3. пути ценностных положительных переживаний
4. пути страдания, в котором человек не сгибается
5. возможности выбрать, как именно переносить страдание, которое невозможно избежать

17. ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА № ЛОГОТЕРАПИИ СОСТОИТ (В.ФРАНКЛ)

1. в том, чтобы любой ценой устранить страдания
2. в том, чтобы помочь превратить неизбежное страдание в нечто осмысленное, в достижение
3. в регрессивном стремлении к покорности
4. в помощи пациенту в изучении человеческих характеров и поисках своего, уникального, обусловленного характерологическими особенностями жизненного пути
5. в помощи пациенту в поисках своего целебного религиозного мироощущения

18.В "ТРАГИЧЕСКУЮ ТРИАДУ" ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО СУЩЕСТВОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ (В.ФРАНКЛ)

1. смерть
2. боль
3. творчество и смысл
4. вину

19. В "ПЕРВУЮ ТРИАДУ" ФРАНКЛА НЕ ВКЛЮЧЕНЫ

1. свобода воли
2. воля к смыслу
3. стремление к самоактуализации и страх смерти
4. смысл жизни

20. ВО "ВТОРУЮ ТРИАДУ" ФРАНКЛА ВКЛЮЧЕНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЦЕННОСТИ, ИСКЛЮЧАЯ

1. творчество
2. переживания
3. чувства вины и физических радостей
4. отношения

21.ИЗ ВСЕХ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ ВЫШЕ ВСЕХ ЦЕННОСТИ (В.ФРАНКЛ)

1. отношения
2. творчества
3. чувства вины
4. физических радостей
5. переживания

22.САМЫЙ ГЛУБОКИЙ ИЗ ВСЕХ ВОЗМОЖНЫХ СМЫСЛОВ - СМЫСЛ (В.ФРАНКЛ)

1. творчества
2. ответственности
3. помощи другому
4. сострадания
5. неизбежного страдания

23. НАУЧИТЬ ЦЕННОСТЯМ (В.ФРАНКЛ)

1. возможно
2. нет, ценности можно узнать
3. нет, ценности нужно проживать
4. нет, ценности следует приобрести
5. нет, ценности надо анализировать

24.ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВАКУУМ - ЭТО (В.ФРАНКЛ)

1. болезнь бессмысленности
2. психологические трудности
3. определенный вид патологического эмоционального расстройства
4. не психическое расстройство, а духовное страдание; событие в ноологическом пространстве

25.ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРОШЛОГО ВЕКА СВЯЗАНЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С ИМЕНАМИ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

1. Мудрова и Дядьковского
2. Семиглазова
3. Втюрина
4. Вольфсона
5. всеми перечисленными

26.ОСНОВНЫМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕОРИИ В ОБОБЩЕННОЙ ФОРМЕ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО Б.В.ЗЕЙГАРНИК) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ

1. человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам
2. специфически человеческим является "рефлектирующее" сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей
3. человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии
4. структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений

27. К ХАРАКТЕРНЫМ МОМЕНТАМ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ ОТНОСЯТСЯ

1. собственно психотические расстройства есть "первый эшелон"
2. экзистенциальные грани "наличного бытия" больного есть "второй эшелон"
3. строгая и тонкая клиническая квалификация симптомов
4. экзистенциальный гипноз; экзистенциальная арттерапия
5. ничего из перечисленного

28."КОММУНИКАЦИЯ" В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПОНИМАЕТСЯ КАК ВЗАИМОСВЯЗАННОСТЬ ЛЮДЕЙ

1. осознающих, что их разделяют общепринятые нормы мышления, что их роднят их тревоги, опасения и страхи
2. осознающих, что их разделяет то, в чем они различны, "индивидуально неповторимы"
3. объединенных творческой взволнованностью
4. понимающих характеры друг друга и сущностную ценность каждого характера
5. все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

**-«Тихая воительница»**

Это была высокая и очень красивая девушка. Пока она сидела в коридоре, ожидая приема, головы проходящих мимо людей невольно обращались в её сторону. Казалось, такая красавица должна говорить спокойно и уверенно. Но она, сев в кресло, опустила голову и забормотала очень тихо, запинаясь и останав­ливаясь на каждом слове. Её трясло. Звали девушку Ирина. Вот что можно было понять из её рассказа.

Неделю назад Ира возвращалась домой от подруги. Было всего девять часов вечера и потому мысль об опасности не приходила ей в голову. В проходном дворе на неё налетел мужчина. Угро­жая ножом, он поволок девушку в пустую парадную и потребо­вал удовлетворить его желания. В парадной не было квартир, это был просто сквозной проход на соседнюю улицу, к тому же кричать Ирина боялась. Но несмотря на испуг, ей удалось выр­ваться и убежать.

С тех пор она боится ходить по улицам, в каждом мужчине видится насильник. «Я привыкла доверять мужчинам, они всегда меня опекали, теперь я от всех шарахаюсь. Я ничего не рассказы­вала родителям, только своему молодому человеку. Он беспоко­ится за меня, видит, как я изменилась, сказал, что мне нужен психолог и записал меня сюда». Днем, когда Ирина была чем-то занята, она могла отвлечься, но когда оставалась одна, воспоми­нания о пережитом страхе не давали покоя.

*Консультант:* Что вы вспоминаете больше всего?

*Клиент:* Разное... Думаю о том, что это всё могло кончиться иначе... — Когда я увидела нож, я ужасно испугалась. Я вспомнила передачу, может, вы видели по телевизору, про милиционера, который знакомился с девушками, потом насиловал их и убивал. Я представила себе расчлененные трупы... И тогда откуда-то взялись силы, я ударила его ногой... (Ира ещё ниже опустила голову) ну, сами понимаете, куда... Он скривился, уронил нож, а я выбежала на Съездовскую, там ведь народу полно.

К концу рассказа Ирина уже почти шептала слова, теребя в руках платочек. Это выглядело очень странно. Человек сам спас себе жизнь, казалось бы, надо гордиться своим подвигом...

*Консультант:* Ира, у меня к вам предложение. Представьте, что вы смотрите на эту ситуацию со стороны. Вот показали по теле­визору историю про девушку Ирину, как напал на неё мужчи­на в темном дворе, как угрожал ей ножом, как ей удалось ударить его и спастись... Что вы сказали бы об этой девушке Ирине?

*Клиент:* Ну, что она молодец... Что не растерялась... Сильная...

*Консультант:* Вы как-то об этом так вяло говорите, без энтузиазма.

*Клиент:* Мне кажется, это не я...

*Консультант:* Растерянная, испуганная Ирина -это вы, а сильная и смелая — нет?

*Клиент:* Вот как будто так. Это как будто откуда-то взялось.

*Консультант:* Откуда-то извне?

*Клиент:* Да.

*Консультант:* Можете представить себе образ растерянной Иры и сильной Иры?

*Клиент:* Нет, не знаю...

*Консультант:* Хорошо,какого цвета растерянная Ира?

*Клиент:* Она серая.

*Консультант:* А сильная?

*Клиент:* Фиолетовая.

По просьбе консультанта Ирина изобразила на разных листах серое и фиолетовое пятна.

*Консультант:* Вот это серая Ира. Что выможете сказать о ней?

*Клиент:* Она слабая, она многого боится,но она мягкая, добрая,по­нимающая.

*Консультант:* А фиолетовая?

*Клиент:* Она сильная, но жесткая, в ней нет понимания.

*Консультант:* Она вам нравится? Вы улыбнулись, когда о ней говорили.

*Клиент:* Я восхищаюсь ею, но она мне не нравится. То есть, скажем, я не хотела бы, чтобы она была мне другом... По мере дальнейшего разговора образы менялись, в них появля­лись новые краски, Ирина вносила их в свои рисунки, менялось отношение к ним Ирины и сам тон её голоса. Казалось, она впускает в себя сильную Иру и по-другому видит слабую.

Клиент: Она теперь меня немного раздражает. Она добрая, это хорошо, но она беспомощная, привыкла, чтобы её опекали. Она использует других людей и её используют. *Консультант:* А сильная как видится теперь? *Клиент:* Она независимая, может сама о себе позаботиться. Правда может и не заметить чего-то, не почувствовать, например, когда другому плохо. Но она самостоятельная, с ней не скучно.А слабая может быть унылой и скучной. В сущности, она как ребенок...Как ребенок...(смотрит на рисунок). Теперь в ней появился желтый цвет.

*Консультант:* Это веселый ребенок? *Клиент* (улыбаясь): Да.

*Консультант:* То есть, вам нужна и та и другая? *Клиент:* Да.

*Консультант:* И сколько от каждой Ирины вы хотели бы взять себе?

*Клиент:* Я хотела бы 70% сильной и 30%слабой.

*Консультант:* Вы сможете узнать в себе эти части, когда той или

другой будет больше, чем вам хотелось бы? *Клиент:* Да. И вспомню эту картинку. *Консультант:* И вы всегда будете помнить, что вы главная, что вам

выбирать и решать, какой быть? *Клиент:* Да.

*Консультант:* Какую часть вы сейчас больше в себе ощущаете? *Клиент:* Сильную.

*Консультант:* Вы перестали дрожать, вы это чувствуете?

*Клиент:* Да, конечно. Я не думала, что эту ситуацию можно увидеть как-то по-другому. Я только сидела, всё вспоминала, муча-лась и думала, почему это случилось со мной? Наверное, я в этом виновата... Но когда вы сказали посмотреть со стороны, что-то как-будто изменилось.

*Консультант:* Вы хотите взять с собой рисунки? *Клиент:* Хочу...(улыбаясь) Меня сейчас там, за дверью, не узнают. Клиентке пришлось пережить страх за свою жизнь, отвращение, ужас. И эти сильные чувства нужно было проработать. Но произошло ещё кое-что. Она встретилась со своей силой и агрессией, и ей трудно было принять эти свои качества, хотя именно они спасли ей жизнь. Испытанию подверглись и её представления о мире, как безопасном месте, где её никогда не дадут в обиду сильные мужчины, всегда любившие и опекавшие её. Она чувствовала себя незащищенной, но вместо того, чтобы соприкоснуться со своей силой, она, сохраняя старый стереотип поведения и может быть, неосознанно усиливая его («чем я буду слабее, тем скорее найду себе защиту»), полностью растворилась в мягкой и слабой части своей личности. Она утратила контроль над ситуацией и своим состоянием. Поэтому такое большое значение имело для неё (и она сама отметила этот момент как поворот­ный) предложение консультанта встать в позицию наблюдателя и посмотреть на ситуацию со стороны. Из этой позиции она смогла пересмотреть свои отношения с разными частями своей личности и принять свою силу.

В кризисном состоянии человек настолько захвачен своими пере­живаниями, что он просто не может говорить и думать ни о чем другом, даже объективно более значимом. Приводимый ниже случай мы часто разбирали на учебных группах, и это позволяет нам подроб­но и предметно поговорить о типичных ошибках начинающих кон­сультантов при работе с кризисным состоянием.

**Вопросы для подготовки:**

1. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии, его определение, концептуальные и теоретические характеристики.История создания
2. Методы, входящие в экзистенциально-гуманистическое направление, история их создания, основные теоретические и концептуальные основы
3. Экзистенциальная психотерапия
4. Дазайнанализ
5. Логотерапия
6. Клиент-центрированная психотерапия
7. Гештальт-терапия
8. Трансперсональное и интраперсональное измерения человека
9. Понятие «Я» и «Я-концепция» и их значение в гуманистической концепции психологии человека
10. Гуманистические концепции личности, представления о личностном росте
11. Понимание патологии и нормы в гуманистической традиции
12. Представление о невротической личности Маслоу
13. Принципы экзистенциально-гуманистической психотерапии
14. Ориентация экзистенциально-гуманистической психотерапии на настоящее. Принцип «Здесь и сейчас»
15. Значение взаимоотношений «пациент-психотерапевт» в гуманистической традиции

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 4** *«Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Личностно-ориентированный подход в отечественной психотерапии.
2. Личностно-реконструктивный подход и гипнотерапия.
3. Личностно-реконструктивный подход и трансперсональная психотерапия.

**Тестовый контроль**

1.ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ КОНЦЕПЦИИ ЛИЧНОСТИ МЯСИЩЕВА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (В.Н.МЯСИЩЕВ, 1960)

1. биологически-органическое есть лишь условие личности
2. главная характеристика личности - система ее отношений (прежде всего с людьми), формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях
3. отношение человека к природе, другим людям, труду есть следствие его врожденных конституционально-типологических особенностей. Основа отношений данного человека к другим людям представлена его "бессознательной индивидуальностью"
4. отношения человека (прежде всего с людьми) есть движущая сила личности

2.В СТРУКТУРУ ЛИЧНОСТИ, ПРЕДЛОЖЕННУЮ МЯСИЩЕВЫМ, ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ (В.Н.МЯСИЩЕВ, 1960)

1. психического уровня человека, темперамента
2. динамики реакций и переживаний личности
3. конкретных типов личности (акцентуаций)
4. соотношения психических свойств в их единстве ("архитектоники личности"), системы отношений личности
5. всего перечисленного

3.КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ А.Н.ЛЕОНТЬЕВА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (Б.В.ЗЕЙГЕРНИК, 1982)

1. личность есть продукт социально-общественного развития
2. реальная основа личности - совокупность общественных отношений человека, реализуемых его деятельностью
3. ядро личности - система относительно устойчивых иерархизированных
4. мотивов как основных побудителей рефлексии. Можно говорить о личности лишь как о конкретном личностном характерологическом варианте, природой своей предрасположенном к определенной общественной деятельности
5. имеются смыслообразующие мотивы и мотивы-стимулы

4. СУЩЕСТВО КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО (М.Е.БУРНО, 1989)

1. с помощью клинического мышления (клиницизма) возможно оценить лишь патологическую личность
2. личность оценивается в ее биологических особенностях
3. рассматривается лишь темперамент
4. рассматривается лишь тип высшей нервной деятельности
5. личность патологическая или здоровая оценивается клиническим мышлением, опытом

5.В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО ФРЕЙДУ, СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ

КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ

1. Ид
2. Сверх-Я
3. Эго
4. Сверх-цензор
5. Оно

6. В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО ЮНГУ, СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ

нты ответа:

1. личного бессознательного
2. коллективного бессознательного
3. сознания
4. архитипа и расового бессознательного

7.В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО АДЛЕРУ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

1. Супер-эго
2. Селф (Self)
3. сверхкомпенсацию
4. механизм творчества
5. ничего из перечисленного

8.К ИЗВЕСТНЫМ СПОСОБАМ (МЕТОДАМ) ГИПНОТИЗАЦИИ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА КОЖНЫЙ АНАЛИЗАТОР ОТНОСЯТСЯ

1. гипнотизация с помощью своеобразного "массажа" и с помощью "пассов"
2. гипнотизация с втиранием в кожу лба специального крема
3. гипнотизация с мягкой струйкой воздуха в носовые отверстия
4. гипнотизация с помощью теплого метронома

9. КАТАЛЕПСИЯ ВОЗНИКАЕТ

1. в сомнамбулизме и гипотаксии
2. в гипнотической оглушенности
3. в обнубиляции
4. в легкой ономатомании
5. правильно б) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

**«Отставка палачу»**

На прием обратилась женщина лет 35, Елена. Она работает вахтером в общежитии, разведена, имеет ребенка 6 лет. Расска­зывая о своей ситуации, клиентка волновалась, иногда почти кричала, в голосе её слышались слезы. Год назад её оставил мужчина, с которым она жила два года. Она очень переживала разрыв и решила обратиться за помощью к платному психотера­певту. «Он показывал мне какие-то рожи и спрашивал, что я чувствую. Потом дал заполнить какой-то тест. Потом сказал, что пора уже расти, сколько можно быть ребенком. А потом говорит, что надо ещё прийти. Я говорю: «И заплатить, конечно... чтоб вам «Кент» курить» — а он так развалясь сидел и «Кент» у него на столе. А он: «Ну, уж не бесплатно, мы, психотерапевты тоже кушать хотим...». А я говорю: «Нет у меня денег платить. Да за что платить? Что вы мне сделали, чем помогли?» Так он меня просто выгнал. Я шла всю дорогу от него и плакала. Какое он

имел право! Он унизил меня, влез в мою жизнь. Что он знает обо мне, о том, какая я? Что он знает о моей жизни, чтобы меня судить?!».

С тех пор, вот уже в течение года, Елена ведет мысленные диалоги с обидевшим её психотерапевтом. Она чувствует себя обманутой, жалеет, что у неё не осталось никаких квитанций об оплате, чтобы она могла как-то наказать психотерапевта, потому что в этом наказании видит единственный способ избавиться от преследующего её образа обидчика. <<Я всё время вижу перед собой его рожу. Я больше не хочу этого, я устала, я хочу, чтобы он ушел из моей жизни. Кто он такой, чтобы я всё время о нем думала?!».

Для дальнейшего развития сессии большинство студентов, обучаю­щихся консультированию видят следующие возможности: поговорить о том, что привело её к психотерапевту год назад и какую помощь она хотела от него получить; предложить рассказать о том, как жила она до визита к терапевту; оттолкнувшись от фразы «Что он знает о том, какая я?», предложить клиентке рассказать о том, какая она и, может быть, настроить её на позитивный лад; выяснить, что же такого сказал психотерапевт, что так обидело её; может быть, постараться показать ей, что её реакция неадекватна.

Кажется, что все усилия таким образом направляются на то, чтобы незаметно увести клиентку с того пика переживаний, на котором она в данный момент находится. И это типичная реакция на сильные эмоции другого — хочется их немедленно прекратить, «ведь он так страдает, надо его отвлечь». На самом деле основная мотивация стратегии отвлечения — страдания собеседника (или консультанта, как в данном случае). Реакция клиентки, конечно, неразумна, логика чувств не всегда совпадает с логикой разума. Но вряд ли ей нужно это объяснять. И конечно, ей самой хочется отвлечься от своих пережива­ний. Скорее всего, она в этом более изобретательна, чем консультант, но у неё не получается сделать это уже год. И, конечно, острая реакция клиентки обусловлена всей её жизненной историей, но вопро­сы, направленные на исследование жизненной истории, обращены скорее к интеллектуальной сфере, а клиентку захлестывают эмоции и ей трудно что-то анализировать. И может быть, ничего особенного этот психотерапевт ей и не сказал, а просто это была последняя капля, которая, как мы говорили, может быть пусковым механизмом кризи­са. Настойчивые расспросы — что же всё-таки такого он сказал — могут восприниматься как недоверие и вызывать раздражение или обиду у клиента. Когда бушует пожар, важно его потушить, а потом уже разбираться в том, бросил ли кто-то непотушенный окурок или сгорела проводка. И эти вопросы выясняет уже другое ведомство. Консультант — не комиссия по этике и ему не нужно решать судьбу того психотерапевта. Нужно помочь клиентке, которую мучает не тот человек, а тот *образ,* который живет в её фантазии. Она ничего не может сделать с тем человеком, но образ находится в зоне её контро­ля. Сейчас, в момент обращения, этот контроль утрачен. И консуль­тант может помочь его вернуть. В группе 20-25 студентов, обучаю­щихся консультированию, обычно находятся два-три человека, кото­рые предлагают именно этот путь обращения к *образу* психотерапев­та. Так в реальности и складывалась сессия.

Обговорив с клиенткой направление работы — постараться обрести контроль не над реальным человеком, которого она уже год не видела, а над тем образом, который она носит в себе — консультант предложила ей представить, что образ материализо­вался здесь, в кабинете, где она находится рядом с консультан­том, и она может сказать ему всё, что захочет. Плача и срываясь временами на крик, клиентка проговорила свои обвинения. За­тем, помня о желании клиентки наказать психотерапевта, кон­сультант предложила ей представить, что она, Елена, — главный психотерапевт Ленинграда и её обидчик предстал перед ней в качестве подчиненного. Елена с удовольствием отругала его.

Следующим шагом был вопрос консультанта: «Что вам напоми­нает этот образ?»

В ответ Елена разрыдалась и стала говорить о том, что она никогда не знала отца, что у матери менялись партнеры и она мечтала о том, чтобы кто-то из них остался с ними жить и стал ей отцом. Наконец, когда ей было 8 лет, такой человек появился, но он не оправдал её надежд, обижал и унижал её, ревновал её к матери, ограничивал их контакт, а мать не могла ее защитить. Образ врача-обидчика и образ отчима слились. Оба они обману­ли её ожидания. Может быть, сыграло роль и то, что врач появился в её жизни в тот момент, когда она пережила ещё одно разочарование — её оставил партнер, с которым она жила. Эта годами копившаяся горечь зарядила образ психотерапевта такой колоссальной энергией.

*Консультант:* Как представляется вам этот образ?

*Клиент:* Он дьявол, черт!

Консультант: Можете его нарисовать?

Елена черным фломастером нарисовала бородатого черта.

*Консультант:* Ещё есть ассоциации?

*Клиент:* Он палач, у него лицо закрыто и дырки для глаз (она рисует палача в капюшоне). *Консультант:* Елена, вы хозяйка этому образу, вы можете прика­зать ему всё, что угодно, он должен вам подчиниться. Скажи­те ему это.

*Клиент:* (обращаясь к своему рисунку). Ты должен уйти из моей жизни. Я твоя хозяйка, я приказываю тебе и ты должен меня слушаться.

*Консультант:* Как теперь вы себя чувствуете? *Клиент:* Мне легче.

*Консультант:* Елена, когда вы говорили о своей жизни, мне пока­залось, что в этом очень много невысказанной боли. Может быть, вы хотели бы прийти ещё раз, чтобы подробнее погово­рить о том, как вы можете помочь себе. На следующей встрече Елена сказала, что образ психотерапев­та её больше не мучит, что её подруга даже заметила, что у неё изменился голос. Работа продолжилась, и её предметом стали те проблемы клиентки, о которых на прошлой встрече упоминалось в общих чертах.

В работе с кризисным состоянием важно было дать клиентке отре­агировать свои чувства и вернуть ощущение контроля. Но для дальней­шей работы может оказаться важным исследовать, что же всё-таки так обидело клиентку в словах психотерапевта? В какое больное место попали его, скорее всего случайно брошенные слова? Какая часть представлений клиентки о себе оказалась в результате разрушенной? И почему она несколько раз упомянула о деньгах, которые она заплатила за консультацию? Спрашивать об этом клиента напрямую бесполезно, он этого не знает. Это вопросы консультанта к себе. Отвечая на них, мы можем построить гипотетическую картину внутренней реальности кли­ента, в которой эта необычная реакция будет не только логичной, но единственно возможной. В данном случае эта гипотетическая картина выглядела для консультанта примерно так: Елена потратила много усилий, доказывая самой себе и всем окружающим, что она взрослый, самостоятельный человек, заслуживающий уважения и признания. Она пришла к психотерапевту, заплатив деньги! И столкнулась с тем, что на неё смотрят свысока и упрекают в инфантилизме. В результате и без того хрупкие представления о себе как о Личности, с которой нужно считаться, рухнули. И если для снятия острой реакции потребовалась одна сессия, то, чтобы обрести настоящую веру в свою человеческую ценность и значимость, Елене нужно проделать долгий путь.

**Вопросы для подгтовки:**

1. Патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева как теоретическая основа личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапи Карвасаркого, Исуриной, Ташлыкова
2. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия как метод психодинамического направления психотерапии, ее роль и место в ряду других психодинамических методов
3. Теоретические основы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии
4. Биопсихосоциальная концепция невротических расстройств
5. Система личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии
6. Общие цели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии
7. Коррекция нарушенной системы отношения личности
8. Коррекция неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов
9. Основные цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (всестороннее изучение личности больного, специфики формирования, структуры и функционирования ее системы отношений, особенностей эмоционального реагирования, мотивации, потребностей)
10. Выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и невротической симптоматики
11. Достижения у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием
12. Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений
13. Психотерапевтические задачи в познавательной сфере, эмоциональной поведенческой сферах
14. Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии
15. Методические аспекты личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (конфронтация, коррегирующий эмоциональный опыт, научение)
16. Методические аспекты расширения сферы осознания и реконструкция отношений личности в индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии
17. Методические приемы, направленные на расширение сферы осознания (этапы осознания, техники конфронтации)
18. Методические приемы реконструкции нарушенных отношений личности (безусловное эмоциональное принятие, поддержка идентификации, поддержка интернализации)
19. Техника работы с сопротивлением пациента и коррекция неадаптивных форм поведения
20. Методика групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (показания к групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, правила создания группы, отбор в группу, роль групповых психотерапевтов)
21. Варианты проведения групповой психотерапии при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии
22. Групповая динамика ( фазы развития терапевтической группы, особенность поведения психотерапевтов на различных этапах групповой динамики, технические приемы фазы ориентировки и зависимости, технические приемы фазы агрессии, технические приемы фазы сплочения группы, психотерапевтические техники фазы зрелой группы, методические приемы работы с подгруппами, методические приемы профилактики ятрогенного влияния группы)

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 5** «*Телесно-ориентированная психотерапия»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психосоматические расстройства и телесно-ориентированная психотерапия.
2. Телесно-ориентированная психотерапия и лечение неврозов.
3. Учёные – представители телесно-ориентированного подхода в психотерапии.

**Тестовый контроль**

1. В СЛУЧАЕ ИПОХОНДРИЙ С ВЫРАЖЕННЫМИ ВАЗО-ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОЛЕЗНО (ПО КОНСТОРУМУ)

1. разъяснить пациенту механизм его порочного круга, напоминая неустанно: тягостно, но не опасно
2. демонстрировать больным опыт Бэкона
3. научить пациента элементарной тренировке в покое (2-3 раза в день в течение 20 мин с закрытыми глазами сосредоточиться на ощущении тепла в теле и мышечной расслабленности)
4. применить АТ Шульца
5. все перечисленное

2.ПСИХОГЕННАЯ КРИВОШЕЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ КРИВОШЕИ ОРГАНИЧЕСКОЙ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. тем, что усиливается при волнении
2. тем, что усиливается при мышечном напряжении
3. тем, что обычно возникает непосредственно после психической травмы
4. особой, "каменной" силой напряжения мышц
5. постоянным легким дрожанием мышц

3.НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА В ОТЛИЧИЕ ОТ СОМАТИЧЕСКОГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. проходит во время сна
2. проходит при отвлечении внимания
3. проходит при волнении
4. проходит при физической нагрузке
5. правильно а) и б)

4.ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЛАРИНГОСПАЗМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. острого начала, связанного с психической травмой
2. поперхивания слюной или пищей как повода к развитию первого приступа удушья
3. того, что он возникает преимущественно днем, не ночью
4. стенотического дыхания
5. сравнительно недолгой (1-2 мин) продолжительности приступа

5. НЕВРОТИЧЕСКАЯ ИКОТА ВОЗНИКАЕТ ОБЫЧНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ КАК

1. у образованных, интеллигентных людей
2. у людей с хроническими заболеваниями легких
3. у людей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта
4. в публичном месте
5. на почве нехватки воздуха, "перехватывания горла" при волнении

6.НЕВРОТИЧЕСКАЯ КАРДИАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

1. тупых, ноющих, колющих, пронзающих, пульсирующих болей
2. нерезких болей
3. болей чаще всего в области верхушки сердца, левого соска и прекардиальной области
4. болей в области сердца, сопровождающихся ощущениями "нехватки воздуха"
5. болей, возникающих вне связи с эмоциональным напряжением

7. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. аритмией
2. тахикардией; тягостными сердцебиениями в состоянии физического покоя
3. брадикардией
4. экстрасистолией
5. правильно а) и в)

8.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. повышения в основном систолического давления
2. боли в области сердца
3. тахикардии
4. подъема максимального давления выше 160 мм рт. ст.
5. отсутствия изменений на глазном дне

9. Артериальная гипотензия невротического характера обычно проявляется

всем перечисленным, за исключением (по Карвасарскому)

а) жалоб на тугую, давящую головную боль в височных и лобно-теменных

областях

б) жалоб на головокружение

в) склонности к ортостатическим коллапсам

г) бессонницы

д) лабильности пульса

10. ПРИ ПСИХОГЕННОМ КОЖНОМ ЗУДЕ ИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСОБЕННО ПОКАЗАНА (ПО А.И.КАРТАМЫШЕВУ)

1. рациональная психотерапия
2. внушение в бодрствующем состоянии
3. гипносуггестивная терапия
4. наркопсихотерапия
5. косвенное внушение

11.БОЛЬНЫЕ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДИСФАГИЕЙ ОБЫЧНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. легче глотают твердую пищу, нежели жидкую
2. испытывают ощущение сжатия, присутствия инородного тела при мысленном представлении о еде, при наблюдении за едой других людей, ощущение нервного жжения, нервной боли за грудиной
3. молодые мужчины
4. испытывают спазм преимущественно в области "рта" пищевода
5. правильно а) и б)

12.БОЛЬНЫЕ С НЕВРОТИЧЕСКИМ КАРДИОСПАЗМОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ЖАЛУЮТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. на болевые ощущения в подложечной области
2. на срыгивание пищей
3. на ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области
4. на чувство жжения в желудке
5. на чувство переполнения желудка

13.ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АЭРОФАГИИ ИМЕЕТ МЕСТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. человек заглатывает воздух в желудок
2. человек засасывает воздух в желудок
3. воздух отходит из желудка отрыжкой с неприятным запахом
4. возникает чувство стеснения в груди
5. возникает боль в эпигастральной области

14**.** ПО КЛАССИФИКАЦИИ Б.Ф.ТИЩЕНКО РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ НЕВРОТИЧЕСКОЙ РВОТЫ, КРОМЕ

1. рвоты преимущественно эмоционального генеза
2. произвольной рвоты
3. истерической рвоты
4. периодической рвоты
5. рвоты, возникающей по механизму индукции и подражания

15.ДЛЯ НЕВРОТИЧЕКОЙ ГАСТРАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. чувство переполнения желудка и чувство жжения
2. возникновение боли в желудке в связи с приемом пищи
3. отсутствие полиморфности ощущений со стороны желудка
4. ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области
5. правильно а) и г)

16.ПРИ "КИШЕЧНЫХ КРИЗАХ" НАБЛЮДАЕТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. перистальтическое беспокойство кишечника
2. громкое урчание
3. метеоризм
4. позыв на дефекацию и на отхождение газов
5. все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

**"Идеальная жена"**

Клиент: Здравствуйте, я звоню из Саратова. Я прочитала в журнале статью о вашей службе... Только вы знаете, у меня нет мыслей о самоубийстве или чего-то такого страшного... Могу я поговорить?

*Консультант:* Вам нужна помощь, этого достаточно, расскажите, что вас беспокоит.

*Клиент:* Вы знаете, это даже трудно описать. В общем, мне 32 года, я замужем, у меня очень хороший муж, мы доверяем друг другу, у нас двое прекрасных детей. Но есть одна вещь, которая меня беспокоит... Когда я ещё училась в школе, мы встречались с одноклассником. Ничего такого между нами не было, просто очень хорошие, романтические отношения. По­том мы расстались. Я вышла замуж. Теперь я иногда встречаю его, ну, прежнего своего молодого человека... Он очень изме­нился, так грустно на него смотреть...

*Консультант:* Вам грустно видеть, как он изменился...

*Клиент:* Да, дело в том, что он начал пить... Он очень хороший человек, но жизнь у него как-то не складывается. У нас много общих знакомых, ведь мы учились в одном классе, и я знаю, что он уезжал на Север, там женился, потом развелся с женой, теперь живет с матерью.

*Консультант:* Вам его жалко?

*Клиент:* Да, очень больно за него. Я знаю, что он способный чело­век, хорошо учился, мог бы много достичь.

*Консультант:* Вы сказали, что вам больно за него, и мне показа­лось, что вы чувствуете себя немного виноватой за то, что с ним произошло.

*Клиент:* Виноватой? Пожалуй, нет. Я не винила ни себя, ни его за то, что мы расстались, просто так вышло. Мне обидно за него. Виноватой я скорее чувствую себя перед мужем.

*Консультант:* Вы чувствуете себя виноватой перед мужем оттого, что у вас сохранились какие-то чувства к прежнему молодому человеку?

*Клиент:* Нет, я точно знаю, что люблю своего мужа, и теперь это единственный мужчина в моей жизни. Но то была первая любовь, и у меня остались очень хорошие, теплые воспомина­ния. У нас были красивые отношения.

*Консультант:* То есть, у вас остались хорошие воспоминания, но прежних чувств к этому человеку теперь нет, есть жалость и боль за него. И вы чувствуете вину перед мужем.

*Клиент:* Да, я сама не понимаю, почему. Ничего ведь такого нет. Просто есть в моей душе что-то важное для меня, к чему он не имеет отношения.

*Консультант:* И это «что-то» влияет на ваше отношение к мужу? Клиент: Нет, я уверена, что нет. Мы очень близки с ним, это единственный человек, который меня понимает.

*Консультант:* А на отношение к детям?

*Клиент:* Ну что вы, дети здесь вообще ни при чем, мы с ними очень дружны.

*Консультант:* Позвольте мне теперь сказать, как я вас услышала, если я в чем-то ошибусь, поправьте меня. У вас хорошая, дружная семья, любимый муж и дети. Вы довольны своей жизнью. И есть человек, которого вы любили прежде и к которому теперь вы чувствуете жалость и боль. Он занимает место в вашей жизни, но это никак не отражается на ваших отношениях с мужем и детьми. Это так?

*Клиент:* А так бывает? *Консультант:* Но ведь так есть.

*Клиент:* (после большой паузы) Да, это правда. Спасибо. Примерно через час после окончания ра зговора вновь раздался звонок. Это была та же женщина.

*Клиент:* Вы знаете, мы с вами поговорилии вроде ничего вы мне не сказалинового, а мне как-то легче стало. И я подумала, вам ведь, наверное, важно знать, что вы кому-то помогаете, я решила позвонить исказать это.

*Консультант:* Это действительно важно, спасибо. Разговор с этой клиенткой длился десять минут, и она осталась довольна результатом. Однако у начинающих консультантов это вы­зывает подозрения. Кажется, что что-то здесь не так, наверное, есть проблемы в отношениях с мужем, уж слишком часто клиентка гово­рит, что всё у неё в порядке... Словом, уж больно всё просто и непонятно, что произошло, почему это ей вдруг стало легче? Попро­буем ответить на этот вопрос. В самом общем виде проблему клиентки можно обозначить так: при общем благополучии её жизненной ситуа­ции и ощущении себя в этой ситуации она чувствовала неопределенное беспокойство, которое даже не могла четко обозначить. После прояс­нения ситуации психологический диагноз для консультанта звучал примерно так: у клиентки есть некое, может быть не вполне осознава­емое представление о том, что в семье может быть всё хорошо, только если супруги разделяют друг с другом всё, не оставляя места для сугубо личных интересов и чувств. И беспокойство её было связано с тем, что она не вполне соответствует этому образу «идеальной жены». Разговор с консультантом позволил клиентке ***отреагировать свои переживания, проговорить их,*** почувствовать себя принятой. Она смогла взглянуть в лицо реальности, принять её, скорректировать свои представления об идеале и ***принять те чувства, которые до этого не принимала.*** Наверное, в её жизни остались какие-то нерешенные проблемы, но разговор с консультантом удовлетворил её актуальный запрос. Ничего большего ей не требовалось на данный момент, чтобы восстановить душевное равновесие.

**Вопросы для подготовки:**

1. Понятие телесно-ориентированной психотерапии
2. Принципы телесно-ориентированной психотерапии (целостное понимание человека, представление о возможности осознания вытесненной информации при использовании телесных техник, переживание единства тела и психики)
3. Основные подходы телесно-ориентированной психотерапии (методика проведения Рольфинга, метод Александера, метод Фельденкрайза)
4. Первичная терапия Янова
5. Терапия Райха
6. Методика Лоуэна
7. Современное развитие теории и практики телесно-ориентированной психотерапии

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 6** *«Трансактный анализ»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Личность и основные положения трансактного анализа.
2. Трансактный анализ как метод и его использование в наркологии.
3. Трансактный анализ как метод и его применение при лечение неврозов.

**Тестовый контроль**

1. ГЕШТАЛЬТТЕРАПИЯ РАЗРАБОТАНА НА ОСНОВЕ (К.РУДЕСТАМ, 1990)

а) поведенческой психотерапии

б) синтетической психотерапии Вольфганга Кречмера

в) психоанализа и экзистенциальной философии, противления психологичес-

кому изменению

г) правильно а) и б)

2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ГЕШТАЛЬТТЕРАПИИ - ЭТО (К.РУДЕСТАМ, 1990)

а) осознание и сосредоточение на настоящем; противоположности: отношение

фигуры и фона

б) телесная медитация

в) генетически обусловленные характерологические структуры

г) правильно а) и в)

3. ЦЕЛЬЮ ГЕШТАЛЬТТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ (К.РУДЕСТАМ, 1990)

а) анализ вместе с членами группы своего индивидуального отношения к

живой и неживой природе

б) изучение вместе с участниками этого процесса психологических и ло-

гических закономерностей в группе

в) изучение вместе с участниками различных характерологических вариан-

тов, чтобы иметь возможность прогнозировать переживания и поведение партнера

в различных ситуациях

г) пробуждение организмических процессов участников путем поощрения

расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости

д) самоактуализация духовной сексуальности

4. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ (УПРАЖНЕНИЯМ) ГЕШТАЛЬТТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (К.РУДЕСТАМ, 1990)

а) упражнений на расширение осознания

б) изучения литературы по физиологии, психологии

в) интеграции противоположностей

г) усиления внимания к чувствам

д) принятия ответственности за самих себя

5.ОСНОВАТЕЛЕМ ГЕШТАЛЬТПОДХОДА К ГРУППОВОЙ РАБОТЕ СЧИТАЕТСЯ (К.РУДЕСТАМ, 1990)

а) Абрахам Маслоу

б) Курт Левин

в) Карен Хорни

г) Фредерик Перлз

д) Адриан Хилл

6. ИГРЫ - ЭТО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ТРАНСАКЦИЙ (Э.БЕРН)

а) в процессе времяпрепровождения

б) основанные на социальном планировании

в) основанные на характерологическом (типологическом) планировании

г) основанные на материальном планировании

д) основанные на индустриальном планировании

7.РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ ИГРЫ МОГУТ ЛЕЖАТЬ В ОСНОВЕ (Э.БЕРН)

а) семейной и супружеской жизни

б) отношений в школе между учениками

в) отношений в институте между научными сотрудниками

г) отношений между врачом и алкоголиком

д) все перечисленное

8.ОБЩЕСТВЕННАЯ ЖИЗНЬ ПО БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ СОСТОИТ ИЗ ИГР, КОТОРЫЕ (Э.БЕРН)

а) всегда забавны и не требуют серьезного к себе отношения

б) бывают порой очень опасными, даже смертельными

в) могут выступать как преступность или как шизофрения

г) правильно б) и в)

9. СУЩЕСТВЕННОЙ ЧЕРТОЙ ИГР ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ (Э.БЕРН)

а) проявление неискреннего характера эмоций

б) необузданное проявление эмоции

в) наказание в игре

г) социальное осуждение в игре

д) управляемость игр

10.СПОСОБЫ СТРУКТУРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ ДЛЯ УЧАСТНИКА СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ - ЭТО (Э.БЕРН)

а) ритуалы

б) времяпрепровождение

в) игры, деятельность

г) близость

д) все перечисленное

11. ЧЕЛОВЕК ПОЛУЧАЕТ ТЕМ БОЛЬШЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ, ЧЕМ (Э.БЕРН)

а) глубже удается ему выразить свою уникальность

б) яснее он чувствует свою пользу для общества

в) больше у него компания собеседников

г) более доступен он для контактов

д) полнее реализует свои либидинозные переживания

12. Поддержание соматического и психического равновесия связано со всеми

следующими факторами, кроме (Э.Берн)

а) снятия напряжения

б) избегания психологически опасных ситуаций

в) получения "поглаживаний"

г) творчества

д) сохранения достигнутого равновесия

13.РЕПЕРТУАР СОСТОЯНИЙ СВОЕГО "Я" СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ КАТЕГОРИЙ, КРОМЕ (Э.БЕРН)

а) сходных с образами родителей

б) автономно направленных на объективную оценку реальности

в) все еще действующих с момента их фиксации в раннем детстве и предс-

тавляющих собой архаические пережитки

г) направленных к личностному росту и сходных с состояниями животных

предков

д) правильно а) и г)

14.ЧЕЛОВЕК В СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЕ В КАЖДЫЙ МОМЕНТ ВРЕМЕНИ ОБНАРУЖИВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ СВОЕГО "Я" (Э.БЕРН)

а) бабушки-кормилицы

б) воина-защитника

в) ребенка, взрослого, родителя

г) золушки

д) правильно а) и г)

15.ЦЕЛЬ ПРОСТОГО ТРАНСАКЦИОННОГО АНАЛИЗА СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ (Э.БЕРН)

а) выяснить, какой иной ипостаси противостоит воин-защитник

б) наладить добрые отношения в социальной группе

в) выяснить, какое именно состояние "Я" ответственно за тракнсакционный

стимул, какое состояние человека осуществило трансакционную реакцию

г) смягчить агрессивно-сексуальную напряженность в группе

16. ОЩУЩЕНИЕ СВОБОДНОЙ ОТ ИГР (В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ) НЕЗАВИСИМОСТИ ДОСТИГАЕТСЯ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ ИЛИ ПРОБУЖДЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СПОСОБНОСТЕЙ, КРОМЕ (Э.БЕРН)

а) "близости"

б) "логичности", "яркой чувственности"

в) "включенности в настоящее", "спонтанности"

г) правильно а) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

**«Крест миротворца»**

*Клиент: Здравствуйте,* меня зовут Ольга. Я хотела бы поговорить о своих отношениях с дочерью.

*Консультант:* Я слушаю вас, Ольга.

*Клиент:* Собственно, дело тут не во мне. У нас с дочерью очень доверительные отношения. Ей 14 лет, это сложный возраст, но она со мной откровенна и у нас всё хорошо. Проблема в том, что мы живем со свекровью. С ней у нас всегда были сложные отношения, но я старалась, чтобы дочери эти слож­ности не касались, сглаживала конфликты и делала всё, чтобы они с бабушкой жили в мире.

*Консультант:* То есть, вы были буфером между дочкой и бабушкой.

*Клиент:* Да, муж полностью устранился от выяснения этих отноше­ний, и я не стремилась это изменить, потому что он склонен обвинятьдочь. Мне не хотелось её лишний раз травмировать.

*Консультант:* Получается, что всю ответственность за ситуацию вы приняли на себя. Не могли бы вы описать подробнее, на какой почве случаются конфликты.

*Клиент:* Честно говоря, у меня самой поведение свекрови вызывает возмущение. Например, недавно она прочитала дневник доче­ри. Я никогда в жизни не могла бы себе такого позволить. Девочка плакала, кричала, что ненавидитбабушку. Я с трудом её успокоила, старалась объяснить, что бабушка старенькая и прочее, ну, сами понимаете, но, в душе, я её осуждала.

*Консультант:* Вы старались повлиять на дочь, а со свекровью вы пробовали разговаривать?

*Клиент:* Сколько раз! Я пыталась очень мягко ей объяснить, что это такой возраст, что нужно уважать её личность. Это всё беспо­лезно. Ей 64 года, она всю жизнь такой была, её уже не изменишь. Я очень мягкий, спокойный человек, но она и меня иногда из себя выводит, а уж о дочери и говорить нечего.

*Консультант:* Правильно я понимаю, Ольга, что в душе вы на стороне дочери, но не решаетесь ей в этом признаться.

*Клиент:* Мне кажется, от этого будет ещё хуже. Я теперь и так боюсь за неё, она стала очень нервной. А свекровь, конечно, во всем обвиняет меня, говорит, что я её распустила.

*Консультант:* Ольга, я услышала, что вы тратите много усилий на то, чтобы сохранить мир в семье, но получается, что свекровь обвиняет вас, а состояние дочери вызывает у вас тревогу.

Могли бы вы сказать, чего вы хотели бы от нашего разговора, в чем вам нужна помощь.

*Клиент:* Может, вы могли бы мне подсказать, что я могу сделать, чтобы помочь дочери?

*Консультант:* То есть больше всего вас беспокоит состояние дочери.

*Клиент:* Вообще-то, конечно, свекровь меня волнует гораздо мень­ше. Я — мать, я должна защитить свою дочь и не могу этого сделать.

*Консультант:* А до сих пор вы могли защитить её от всего? Навер­няка ведь она болела, ссорилась со сверстниками, получала плохие оценки, обижалась на учителей. Вы могли её от этого оградить?

Клиент: Нет, конечно, это жизнь...

Консультант: И в этой жизни вы ей как-то помогали.

Клиент: Да... Я понимаю, что вы имеете в виду... Просто свекровь — это стихия. И я могу сейчас сделать для дочери то, что делала раньше — просто обнять её и держать её за руку, когда ей плохо.

Что произошло в данной ситуации? Клиентка ощущала себя ответ­ственной за всё, что происходило в семье — за поведение свекрови по отношению к дочери, реакцию дочери на бабушку, отстраненную позицию мужа. Она истощила свои силы в попытках изменить ситу­ацию и фактически её запрос к консультанту можно сформулировать так: «Что ещё я могу сделать, чтобы примирить всех?». В ходе разговора клиентка смогла ***увидеть ситуацию по-новому,*** измени­лось её представление не только о мере, но и о сфере её ответственно­сти. ***Она переформулировала проблему*** и изменила свою задачу с достижения всеобщего мира на оказание помощи дочери, и после этого смогла обратиться к своему прошлому опыту, когда она вместо того, чтобы пытаться защитить дочь от всех неприятностей в жизни, помогала ей справляться с трудностями, просто любя и поддерживая её. То есть, она смогла ***осознать собственные ресурсы.***

**Вопросы для подготовки:**

1. Основные понятия трансактного анализа (понятие раннего «программирования», понятие жизненного сценария, роль ближайшего окружения в формирования жизненного сценария, стереотипы жизненного сценария, структурный анализ, анализ трансакций, анализ психологических игр, скрипт-анализ
2. Основные принципы трансактной теории личности и основные составляющие трансактного анализа
3. Структура личности в трансактном анализе (состояние личности «Родитель» и его содержание, состояние личности «Ребенок» и его содержание, состояние личности «Взрослый» и его содержание, особое значение Я-состояния и ее содержание)
4. Феноменологическая реальность (поведенческие стереотипы актуальной ситуации, особенности взаимодействия между состояниями Я)
5. Понятие трансакции, виды трансакций, скрытые трансакции, дополнительные трансакции, перекрестные трансакции, понятие психологической игры как серии следующих друг за другом дополнительных скрытых трансакций)
6. Методика проведения трансактного анализа, продолжительность трансактного анализа
7. Техника анализа позиций, техники анализа трансакций, анализ жизненных сценариев

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 7** *«Техника и практика арттерапии»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психотерапевтические возможности арттерапии.
2. Использование арттерапии в семейной психотерапии.
3. Развивающая работа с детьми и подростками средстами арттерапии.

**Тестовый контроль**

1.В СОВРЕМЕННОЙ АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХИАТРИИ ПРИНЯТО БИБЛИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕКОМЕНДОВАТЬ КНИГИ С ЦЕЛЬЮ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ (М.Е.БУРНО, 1989)

а) пополнить или исправить знания

б) способствовать коммуникации между пациентом и терапевтом, помогая

пациенту понять "терминологию терапии"

в) стимулировать воображение пациента и дать ему замещающее удовлетво-

рение, которое в реальности он не мог бы испытать без известной опасности

г) изучить свой характер, а также характеры других людей, чтобы пред-

видеть их поступки в определенных обстоятельствах, научиться принимать и

уважать чужие ценности, дабы лучше понимать свои

д) побудить пациента конструктивно, творчески размышлять между беседами

с врачом

2 РЕКОМЕНДАЦИЯ КНИГ БОЛЬНОМУ, ПО А.М.МИЛЛЕР, ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ БИБЛИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПАХ, КРОМЕ

а) степени сложности предлагаемой книги

б) герой книги должен быть больному "по плечу"

в) максимальное сходство ситуаций в книге и ситуации, в которой нахо-

дится больной

г) достаточное соответствие характерологических свойств пациента и героя

книги, а также возраста, пола и картины заболевания пациента и героя книги

3. ТЕРАПИЯ ЗАНЯТОСТЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (ПО КАБАНОВУ)

а) контролируемое врачами участие больного в трудовых процессах, имеющих

(или могущих иметь) профессиональный характер

б) что имеет место побуждение больного разными способами к регулярной

производственной деятельности в обществе

в) что перед больным ставятся задачи восстановления прежних профессио-

нальных навыков или обучения новым

г) реализацию индивидуальных интересов и склонностей профессионального

характера

д) эстетическое содержание деятельности

4. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЗАНЯТОСТИ (М.М.КАБАНОВ, 1985)

а) занятия по способностям, "прикладного характера"

б) развлекательно-познавательные мероприятия

в) музыкотерапию

г) арттерапию

д) правильно а) и б)

5. "НЕОГОСПИТАЛИЗМ" (ПО КАБАНОВУ) - ЭТО

а) проявление институционализма; то, что возникает в результате "пере-

держки" больного в учреждении с "однобокой" социальной стимуляцией пациента

(например, в сторону увлечений при отсутствии должных побуждений к профес-

сионально-ориентированной деятельности)

б) то же самое, что госпитализм в психиатрической больнице

в) "оранжерейная экстериоризация"

г) то, что возникает в среде того или иного учреждения, бедного со-

циальными стимулами

6. РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ МУЗЫКИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ТОМ, ЧТО ОБЫЧНО (В.Е.РОЖНОВ, 1985)

а) в случае удовольствия от музыки сердцебиения учащаются и становятся

слабее

б) в случае удовольствия от музыки замедляется пульс

в) при раздражающем характере музыки усиливаются сокращения сердца,

расширяются кровеносные сосуды

г) в случае удовольствия от музыки снижается артериальное давление

д) правильно б) и г)

7.ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПОСЛЕВОЕННОЙ ШВЕДСКОЙ ШКОЛЫ МУЗЫКОТЕРАПИИ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

Варианты ответа:

а) предлагают "лечебные каталоги музыки" ("музыкальная фармакология")

б) считают музыку "субстратом для выхода сексуальной энергии"

в) рассматривают музыкотерапию как вспомогательный метод психотерапии

г) отводят музыке центральную роль в лечении и полагают, что музыка в

состоянии проникнуть в "глубинные слои личности" и не нуждается в вербальном

сопровождении

8. СОГЛАСНО "ИЗОПРИНЦИПУ" МУЗЫКОТЕРАПИИ (ПО АЛЬТШУЛЕРУ)

а) при депрессии показана веселая, легкая музыка; в легком депрессивном

состоянии - громкая музыка с быстрым темпом

б) больные в глубокой депрессии испытывают облегчение от скорбной музыки

в) при лечении мании показана тихая, спокойная музыка

г) хорошо действуют на больных с циклотимической субдепрессией ноктюрны,

колыбельные

д) правильно б) и г)

9.ИЗ МУЗЫКАЛЬНЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ (ПО БРУСИЛОВСКОМУ) СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

а) при подозрительности, ревности - слушание элегий

б) при бессоннице - "Море", "Лунный свет" Дебюсси

в) при тревоге - "Колыбельную" Брамса

г) при усталости - "Кофейную кантату" И.С.Баха; при ипохондрических

состояниях - Моцарта, "Симфонию ля мажор", I часть

д) ни одно из перечисленных

10.ФОРМАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МУЗЫКОТЕРАПИИ (ПО ШВАБЕ) ЯВЛЯЮТСЯ

а) коммуникативная

б) иррадиационная

в) регулирующая и реактивная

г) конверсионная

д) правильно а) и в)

11.ГРУППОВАЯ ВОКАЛОТЕРАПИЯ ОСОБЕННО ПОКАЗАНА (ПО БРУСИЛОВСКОМУ)

а) больным с фобиями

б) ананкастам

в) депрессивным и эгоцентрическим пациентам

г) больным с бронхиальной астмой

д) всем перечисленным

12.ПРИ ЗАНЯТИЯХ МУЗЫКАЛЬНОЙ РИТМИКОЙ (ПО БРУСИЛОВСКОМУ) ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) своевременных уточнений

б) повторных прослушиваний музыки

в) показа движений и действий

г) длительных перерывов между упражнениями

д) постоянного побуждения пассивного больного к действию

13.ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО

а) для асоциальных пациентов с истерическими расстройствами

б) для пациентов с художественными творческими способностями

в) для остропсихотических пациентов

г) для пациентов с агрессивными тенденциями

д) для пациентов с дефензивными расстройствами пограничного регистра

14.ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АРТТЕРАПИИ В МЕЖДУНАРОДНОМ ПОНИМАНИИ ТЕМ, ЧТО

а) не включает в себя лечебное изобразительное творчество

б) анализирует душевный конфликт пациента

в) предназначена не только для пациентов с художественными способностями

г) рассматривает художественное творчество не психологически, а в ас-

пекте учения о высшей нервной деятельности

д) правильного ответа нет

15.КОНКРЕТНЫМИ МЕТОДИКАМИ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСТВОМ, "РАБОТАЮЩИМИ" В РАМКАХ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

а) проникновенно-творческим погружением в прошлое

б) творческим поиском одухотворенности в повседневном

в) творческим общением с литературой, искусством, наукой и природой

г) психодрамой и проективным рисунком

д) все перечисленное

16. В основное содержание терапии творческим самовыражением включены

следующие процессы

а) самопознание как изучение собственных болезненных расстройств, своего

характера

б) познание других человеческих характеров (занятия по типологии харак-

теров); познание себя и других в творчестве

в) творческое приобщение к той или иной религиозной системе; психосинтез

г) самоактуализация в духе гуманистической психологии Маслоу

д) правильно а) и б)

17.ГРУППОВЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ В РАМКАХ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ГРУППОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ ТЕМ, ЧТО

а) открывается в группе свободное откровенное самовыражение участников

группы в непосредственном, живом, глубоком взаимодействии друг с другом,

рассказывая свое сокровенное

б) пациенты познают себя и других более или менее интуитивно-недирек-

тивно в живом общении, помогая товарищу в его житейском конфликте мнением

группы

в) познание в группе идет на базе изучения характерологических радика-

лов, типов характера, клиники; нравственный выход из трудного, конфликтного

положения подсказывается здесь пациенту психотерапевтом, группой - сообразно

клинике, душевному складу пациента

г) пациенты разыгрывают в группе ролевые ситуации, занимаются творчест-

вом

18. АРТТЕРАПИЯ В МЕЖДУНАРОДНОМ ПОНИМАНИИ - ЭТО

а) лечение творчеством в широком смысле

б) лечение игровым искусством

в) лечение общением с живописью

г) лечение изобразительным творчеством

д) всевозможное, разнообразное использование искусства для целей лечения

19.СУЩЕСТВО ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ ОБЩЕНИЕМ С ПРИРОДОЙ (В РАМКАХ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТОБЫ

а) научиться душевно расслабляться среди растений, домашних животных

б) изучить возможно подробно живую природу (ботаника, зоология), ув-

лечься этим и так отвлечься от тягостных переживаний

в) увидеть, усмотреть в красоте Природы Бога, проникнуться светлым,

религиозным переживанием - целебным по своему воздействию на душевно-напря-

женного человека

г) в поисках своего, свойственного складу его души целебно-творческого

пути к природе пациент становится еще более самим собой

д) чтобы вместе с врачом изучить, как живая и неживая природа влияет на

мое дыхание, на мою вегетатику и научиться по возможности управлять всем этим

с помощью Природы

20. "ТЕРАПИЯ ИСКУССТВОМ" В ЕЕ ЗАПАДНОМ ПОНИМАНИИ НЕ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ (К.РУДЕСТАМ, 1990)

а) способом освобождения от конфликтов и сильных переживаний

б) ускорителем терапевтического процесса

в) способом выяснить конституциональные особенности личности и обрести в

соответствии с ними свой жизненный творческий путь

г) средством развития внимания к чувствам

д) средством усиления ощущения собственной личностной ценности

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

**«Маленькая воровка»**

*Клиент:* У нас в доме ужасная ситуация. Дочка стала воровать. Отец давно замечал, что деньги по мелочи пропадают. А недавно она взяла у него из кошелька 500 рублей! Это в 10-то лет, представляете? Я не знаю, что делать, пробовала уже по всякому с ней — и объясняла, и наказывала. Я боюсь с ней куда-то идти, в гости к друзьям, например, мне стыдно при­знаться, что у меня дочь —воровка. Или может она ненор­мальная. Помогите! Я не знаю, откуда это в нашей семье, что мне делать, куда обращаться.

Воровство детей вызывает у родителей шок. Сразу же возникают сомнения в психической нормальности ребенка или подозрения в патологических криминальных наклонностях. Важно дать им возмож­ность выразить свои чувства, а затем *предоставить информацию о* том, что воровство может являться симптомом психологического не­благополучия ребенка. Важно понять, какую проблему пытается раз­решить ребенок с помощью воровства, и тогда можно будет думать о том, нельзя ли разрешить эту проблему как-то по-другому. А для этого необходимо выяснить очень много разных вещей: когда началось воровство и что в это время происходило в семье, у кого ворует ребенок, что он делает с этими деньгами и т.п.

В дальнейшем разговоре выясняется, что единственный чело­век, у которого ворует девочка — это отец. А точнее не отец, а отчим. С отцом мать в разводе четыре года, замуж вторично вышла год назад. Девочка боялась засыпать одна, потому до появления отчима спала в одной комнате с матерью. Теперь у неё отдельная комната, а в комнате матери и отчима появилась детская кроватка, потому что мама ждет ребёнка. Мать считает, что у девочки нет причин для огорчения, — у неё появился новый папа («она меня об этом так просила»), а теперь ещё будет маленький братик («о котором она всегда мечтала»). Девочка по характеру лидер, любит первенствовать. Из 500 рублей, которые она взяла у отчима она успела истратить 300 рублей. На эти деньги она накупила жвачек, киндер-сюрпризов и шоколадок и раздавала их всем во дворе и в школе. По мере прояснения ситуации клиентка смогла взглянуть на неё по-другому.

*Клиент:* Ну да, у меня были такие мысли, но я их отгоняла. На самом деле нужно признаться, что Наташа ревнует меня к мужу. Может быть, она думает, что я стала её меньше любить. Я понимаю, как мне нужно с ней поговорить. Но, честно говоря, я думаю, мужу тоже трудно. Конечно, он знал, на что идет, но пока он просто приходил к нам, он Наташе нравился. Я ведь спрашивала её, хочет ли она, чтобы дядя Коля жил вместе с нами. И она согласилась, даже обрадовалась. Но когда мы поженились, их отношения очень изменились. Да, они не могут меня поделить.

*Консультант:* То есть, в этой ситуации всем непросто, и каждый переживает это по-своему. Наверное, вам нужно обсудить это всем вместе. Если для этого потребуется помощь специалиста, можете обратиться на очный приём.

*Клиент:* Обязательно. Я попробуюубедить мужа, но уж с Наташей-мы точно придем. Я так на неёзлилась, а теперь мне её такжалко.

В данном случае ситуация не разрешилась в телефонном разгово­ре. Но клиентка сделала важный шаг — она смогла ***выразить свои чувства, она получила новую для неё информацию*** о причи нах воровства у детей, она смогла ***по-новому увидеть свою ситу­ацию,*** понять, что стояло за поступком дочери и ***рассмотреть иной, новый способ поведения*** с ребенком. Кроме того, она смогла увидеть и более широкий контекст ситуации — проблему семьи в целом. Эта проблема не может быть решена в рамках телефонного разговора, и клиентка решила обратиться за очной консультацией.

**Вопросы для подготовки:**

1. Научно-теоретические предпосылки создания арттерапии.Классификация методов арттерапии
2. Работы Принцхорна по использованию творчества душевно больных в лечении
3. Работы отечественных ученых по артерапии. Работы Карпова.
4. Современные представления о возможностях использования изобразительного творчества в лечении психических расстройств
5. Основные направления арттерапии по Дельфино-Бейли
6. Использование для лечения существующих произведений искусства (пассивная арттерапия)
7. Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству
8. Сочетание в лечении существующих и создающихся пациентом произведений искусства
9. Акцентирование роли психотерапевта и его взаимоотношения с больным в процессе занятий творчеством
10. Классификация уровней адаптации, в которых проявляется лечебное действие арттерапии по Хайкину; социально-личностный уровень адаптации; личностно-ассоциативный уровень адаптации; ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации; преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации; физиологический уровень адаптации
11. Существующие взгляды на механизмы лечебного действия арттерапии (креативистические представления, сумблимативные представления и проективные представления о механизмах лечебного действия арттерапии)
12. Показания и противопоказания к арттерапии. Условия проведения арттерапии. Материал для занятий арттерапией
13. Этапы арттерапии
14. Терапия творческим самовыражением Бурно

**Модуль 3 Основные направления в психотерапии**

**Тема 8** *«Кризисная психотерапия. Терминальная психотерапия»*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психотерапия кризисных состояний.
2. Психотерапия терминальных состояний.
3. Неотложная психотерапия: методы и средства помощи.

**Тестовый контроль**

1.В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ОБСТАНОВКЕ (И ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ) ИЗ ВСЕХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) ипохондрические

б) депрессивные

в) психастенические

г) истерические

д) деперсонализационные

2.В СЛУЧАЕ НЕВРАСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ ПОКАЗАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО СВЯДОЩУ)

а) отдыха

б) бромидов

в) гипноза-отдыха

г) аутогенной тренировки

д) прогрессирующей релаксации Джекобсона

3."ШОКОВЫЙ НЕВРОЗ" ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО СВЯДОЩУ)

а) действия психической травмы, вызывающей резкий эффект испуга

б) острой конфликтной ситуации

в) внезапной травмы

г) кратковременной травмы

д) однократной травмы

4.ПРИ НЕВРОЗЕ ИСПУГА ИМЕЕТ МЕСТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО СВЯДОЩУ)

а) наибольшая выраженность болезненных явлений наблюдается сразу же

б) наибольшая выраженность болезненных явлений наблюдается через нес-

колько часов после действия того, что испугало

в) учащаются позывы к дефекации и мочеиспусканию

г) аппетит никогда не теряется и вес не падает

д) наблюдается состояние тревоги и ажитации

5.ШОКОВЫЙ НЕВРОЗ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ПЕРЕХОДИТЬ (ПО СВЯДОЩУ)

а) в неврастению

б) в невроз страха

в) в ипохондрический невроз

г) в истерический невроз

д) в депрессивный невроз

6. В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ОБСТАНОВКЕ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСТРЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ НАВЯЗЧИВОСТИ

а) страх смерти

б) лиссофобия

в) кардиофобия

г) мизофобия и кляустрофобия

д) ничего из перечисленного

7.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАВЯЗЧИВЫХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ, ПРИМЕНЯЮТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) каузальная психотерапия

б) патогенетическая психотерапия Мясищева

в) прямое внушение наяву

г) гипносуггестивная терапия и аутогенная тренировка

д) правильно в) и г)

8.ОБЫЧНО У СОЛДАТ ВОЕВАВШИХ АРМИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЛИСЬ СЛЕДУЮЩИЕ ИСТЕРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ПО СВЯДОЩУ)

а) рвота, глухонемота и психозы

б) подкожные диапедезные кровоизлияния

в) навязчивости

г) секреторные расстройства

д) правильно а) и в)

9.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКШИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ, ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЮТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) наркосинтез и наркоанализ

б) внушение в легком наркотическом сне

в) лечение алкогольным опьянением

г) лечение эфирным опьянением

д) все перечисленное

10. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАЛЬЦИЕВЫМ УДАРОМ

а) вводится внутривенно медленно раствор хлористого кальция 10% - 15-20

мл

б) императивно внушается полное восстановление утраченных функций

в) днйствие хлористого кальция на организм сочетается с действием бо-

левой дозы фарадического тока

г) больной нередко освобождается от истерических гиперкинезов и от ис-

терической глухоты

д) правильно б) и г)

11. ПРИ ЛЕЧЕНИИ "ЭФИРНОЙ МАСКОЙ" (ПО СВЯДОЩУ)

а) больного крепко фиксируют в вертикальном положении

б) при истерических параличах парализованная часть тела фиксируется

особенно тщательно

в) в маску наливают 10-15 мл эфира

г) больной не дышит под маской (задерживается парами эфира дыхание) 1-2

секунды

д) возможно освободить больного от истерического мутизма

12.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНЫХ ИСТЕРИЧЕСКИХ МОНОСИМПТОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИМЕНЯЮТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) метрозоловая и камфорная терапия

б) хлоралгидратная терапия

в) аминазиновая терапия

г) электросудорожная терапия

д) правильно а) и г)

13.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ГЛУХОНЕМОТЫ, ВОЗНИКШЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ, ПРИМЕНЯЮТ ПРИЕМ

а) Л.Б.Перельмана и прием А.М.Свядоща

б) С.Г.Жислина

в) М.М.Беликова

г) Р.Г.Кошкаровой

д) любой из перечисленных

14.ПРИ ИСТЕРИЧЕСКИХ СУМЕРЕЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ ОБЫЧНО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

а) сужение сознания и выключение из реально существующей обстановки с

заменой ее новой, желанной; театральность поведения

б) разорванность восприятия

в) растеренность, острая тревога, сенестопатические боли

г) манерность, эхолалия

д) правильно а) и в)

15.ИСТЕРИЧЕСКИЙ СТУПОР, ОСТРО РАЗВИВШИЙСЯ В ОТВЕТ НА ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ, ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) эхопраксией

б) страдальческой, напряженной мимикой и мутизмом, полной неподвижностью

в) замедленным пульсом

г) суженными зрачками

д) правильно а) и б)

16. ИСТЕРИЧЕСКОЕ ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) пантомимическими драматическими сценами, страхом, ужасом, способнос-

тью переходить в ступор

б) восковой гибкостью

в) стремлением к беспорядочному, "пустому" движению

г) двигательными навязчивостями

д) правильно б) и г)

17. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ ПОКАЗАНЫ (ПО СВЯДОЩУ)

а) лечение убеждением

б) каузальная психотерапия

в) патогенетическая психотерапия Мясищева

г) лечение внушением в легком наркотическом сне или внушением наяву

д) правильно а) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

**«Черно-белая птица в синем небе»**

На телефон обратилась молодая девушка по имени Анна. Она работает в фирме секретарем-референтом. В последнее время чувствует себя растерянной и разбитой. «Всё валится из рук, я забываю важную информацию, иногда не слышу, как ко мне обращаются. Кому нужен такой секретарь? Недавно в магазине покупала мёд, лимоны и курагу, так я мёд и курагу взяла, а лимоны забыла. На следующий день пришла туда просить свои лимоны, продавщица смотрит на меня как на ненормальную. Я и правда чувствую себя больной». Своё состояние связывает со своим отношением с молодым человеком, с которым встречается около года.

*Клиент:* Мне он сразу очень понравился, я готова была что угодно сделать, чтобы его удержать. Со временем это стало просто какой-то манией. Я всё время думаю о нем, жду его звонков, как будто я существую только в отношениях с ним. Недавно он меня очень обидел, но я его оправдываю, убеждаю себя, что я сама виновата. Я панически боюсь его потерять, всё время стараюсь ему угодить, в то же время понимаю, что чем больше моя неуверенность в себе, тем хуже он ко мне относит­ся. То есть, я понимаю, что так нельзя жить, но ничего не могу с собой сделать.

*Консультант:* Я услышала, Аня, что сейчас вы не представляете себя вне отношений с этим человеком. А могли бы мы просто пофантазировать, какой могла бы быть Аня без Бориса.

*Клиент:* Ой, нет, нет, только не это, я об этом даже думать не хочу, даже представлять не хочу.

*Консультант:* Хорошо. Вы встречаетесь год. Так? Вам теперь, вы сказали, 21. Верно? Значит, двадцать лет до этого вы прожи­ли, не зная даже о его существовании. Можете мне рассказать об этой «Ане-до-встречи-с-Борисом»?

Клиентка сначала медленно, с остановками, потом, всё более ожив­ляясь, рассказывает о себе, своих увлечениях, любимых занятиях, семейных праздниках, путешествиях, консультант поощряет её, отра­жая её чувства и проясняя новые детали рассказа. Голос клиентки меняется, становится более звонким, убыстряется темп речи.

*Консультант:* Аня, как вы теперь себя чувствуете?

*Клиент:* Я чувствую большое облегчение.Я это я. Это целый мир, а в неместь отношения с Борей. Мне так хотелось бы удержать эточувство.

*Консультант:* У меня к вам предложение. Попробуйте подумать об Ане, которая ходила с мамой и братом смотреть регату, Ане, которая гуляла с другом по ночной усадьбе в Михайловском, Ане, которая смотрела в Москве на Бронной «Ромео и Джу льетту» — может быть у вас возникнет какой-то образ.

*Клиент:* (после паузы) Да, это птица, ласточка, я так хорошо представляю себе её в голубом небе. Она летит в синем небе. Она свободна. Мне даже захотелось её нарисовать.

*Консультант:* И эта черно-белая птица в синем небе сможет вам напомнить о том, что Аня — это целый мир?

*Клиент:* Да, так я смогу к этому вернуться. ... Я сейчас ощущаю такую силу внутри. Я понимаю, что мне надо поговорить с Борей, наши отношения должны измениться или закончиться. Я хочу подготовиться к этому разговору, продумать его. Мне нужно разобраться в себе — чего я вообще хочу от отношений с мужчиной. Вы могли бы мне помочь?

*Консультант:* Аня, я понимаю, вы сейчас чувствуете прилив сил, вам хочется использовать эту энергию, чтобы решить полностью эту проблему. У меня тоже есть такое искушение, но в то же время есть и сомнения. Мы с вами говорили почти час, вы проделали за это время большой путь, вы ощущаете себя по-новому. Я думаю, нужно время, чтобы осмыслить, что про­изошло, утвердиться в этом новом ощущении, иначе его можно потерять. Если потом вы почувствуете, что вам нужна помощь, чтобы лучше разобраться в себе, своих отношениях с Борисом, своих ожиданиях от отношений с мужчинами вообще, вы може­те обратиться к психологу для очной встречи.

*Клиент:* Хорошо, вы можете мне посоветовать, куда обратиться? Разговор с консультантом помог клиентке ***выразить свои про тиворечивые переживания,*** почувствовать, что отношения с моло дым человеком, которые полностью её захватили, могут быть лишь частью её жизни или, иными словами, помог ей ***разотождествиться с некоей частью себя,*** в которой она полностью растворилась (условно её можно обозначить как «Аня-в-отношениях-с-Борисом») и обратиться к своему центру, который символически отразился в обра зе ласточки в небе. Можно сказать, что ей ***удалось найти «личный ключ»,*** который в будущем может помочь ей открыть «дверь к себе», восстановить связь со своим внутренним миром. Обретя связь со своим центром, клиентка смогла ***восстановить контроль над ситуацией,*** в которой до этого чувствовала себя совершенно беспо мощной. В то же время для неё возник новый вопрос: чего она ждет и чего хочет вообще от отношений с мужчинами? И этот вопрос может требовать более длительной и серьёзной работы.

Итак, теперь мы можем попробовать вернуться к ответу па вопрос начинающего консультанта «Что я могу?». На наших семинарах мосле разбора ситуаций, мы предлагаем самим участникам закончить фразу *«Я могу помочь клиенту...».* Вот несколько ответов:

— *отреагировать свои переживания, выразить свои чувства разотождествиться с определенными переживания ми или частью себя*

*— восстановить контроль*

*— принять ранее отвергаемые чувства или часть себя*

*— сформировать новый взгляд на ситуацию*

*— осознать собственные ресурсы, восстановить связь с ними*

*— исследовать возможные выборы*

*— обрести ощущение значимости своих переживаний («я имею право чувствовать то, что чувствую»)*

*— рассмотреть новые способы поведения и реагирования*

— *найти «личные ключи»* — *телесные ощущения, короткие фразы, образы, помогающие в сложных ситуациях, обрес­ти равновесие, точку опоры*

*— познакомиться с новой информацией*

— *увидеть, что может стать следующим шагом клиента*

Разумеется, этот список нельзя назвать исчерпывающим. Его мож­но дополнить, детализировать. Но важно то, что любой пункт этого списка может послужить реальным импульсом к изменениям, шагом на пути к выходу из травмирующей ситуации. Если сам консультант может это понять и оценить, он сможет помочь клиенту осознать свои достижения. Это осознание делает телефонную сессию завершенной.

**Вопросы для подготовки:**

1. Основные понятия и теоретические принципы проведения кризисной психотерапии
2. Понятие патологического личностного кризиса (типы состояний, относящихся к патологическому кризису, патологические и непатологические ситуационные реакции)
3. Психогении. Невротические реакции. Невротические депрессии. Патохарактерологические реакции. Кризис идентичности
4. Суицидальное поведение как фактор формирование кризисных состояний (три компонента суицидальных реакций: когнитивный, аффективный и поведенческий)
5. Психотерапевтическая помощь лицам с суицидальными реакциями
6. Уровень мотивации пациента с суицидальным кризисом (конструктивный, симптоматический, манипулятивный, демобилизующий)
7. Принципы и задачи кризисной психотерапии. Этапы кризисного вмешательства. Кризисная поддержка
8. Ургентный характер помощи (нацеленность на неадаптивные когнитивные феномены, поиск и тренинг неопробованных стратегий поведения, установление контакта, раскрытие суицидальный переживаний, мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения)
9. Заключение терапевтического контракта
10. Кризисное вмешательство. Когнитивный анализ. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов. Повышение уровня адаптации
11. Поведенческий тренинг.Выработка навыков самоанализа. Поддержка и помощь после окончания кризисной психотерапии
12. Формы кризисной психотерапии (индивидуальная кризисная психотерапия, Основное содержание индивидуальной кризисной психотерапии, приемы выслушивания, актуализация антисуицидальной мотивации, методика индивидуальной кризисной психотерапии, семейная (супружеская) форма кризисной психотерапии, направленность кризисной семейной (супружеской) психотерапии)
13. Групповая форма кризисной психотерапии (особенности проведения кризисной групповой психотерапии, принципы ведения кризисной группы)
14. Методика кризисной групповой психотерапии
15. Принципы работы кризисного телефонного консультирования (анонимность, доступность, конфиденциальность, уважение и защита прав пациента)
16. Принципы работы и организации суицидальной службы (телефон кризисной службы, кабинет социально-психологической помощи, стационарное отделение кризисных состояний)
17. Нормативно-методические акты об организации и деятельности кризисной службы
18. Определение и содержание понятия терминальной психотерапии
19. Основная мишень терминальной психотерапии (страх пациента перед завершением жизни)
20. Организация и методики проведения терминальной психотерапии
21. Ошибки взаимодействия персонала с умирающими пациентами. Построение взаимодействия с умирающим пациентом. Помощь семье умирающего
22. Принципы работы с терминальными пациентами (выработка положительного переноса у терминального больного, обеспечение доступности в случае необходимости, вербализация ипохондрических представлений, психологическая поддержка, усилия в направлении «третьей» реальности)

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 1** *Техника и практика суггестивной психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. История вопроса: суггестивная психотерапия.
2. Эмоционально-стрессовая терапия по В.Е.Рожнову.
3. Методика сократического диалога.

**Тестовый контроль**

1. МЕТОД ГИПНОТИЗАЦИИ АББАТА ФАРИЯ - ЭТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (В.Е.РОЖНОВ И М.А.РОЖНОВА, 1987)

а) метода фасцинации

б) метода пристального взгляда в глаза гипнотизируемого

в) метода, заимствованного из практики древних египтян; предложения

гипнотизируемому фиксировать взором блестящий предмет до наступления гипно-

тического состояния

г) метода, при котором гипнотизирующий смотрит в переносицу гипнотизи-

руемого

2. БРЭД (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

а) полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьезного воздействия

на развертывающиеся перед ним явления

б) выдвинул "психонейрофизиологическую" теорию магнетизма (гипнотизма)

в) полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в ре-

зультате словестного внушения

г) считал, что гипнотизер подобен механику, приводящему в действие ор-

ганизмические силы пациента, отбросил идею флюида

д) все перечисленное

3. БЕРНГЕЙМ (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

а) не утверждал, что гипнотизма (гипноза) не существует, есть одно лишь

внушение

б) не сводил внушение к нервным механизмам

в) отвел психологии ведущее место в понимании гипнотизма

г) не считал внушаемость причиной гипнотического состояния

д) все перечисленное

4.ШАРКО (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

а) не применял в исследовании гипноза анатомо - клинический метод

б) само существование гипнотического состояния подтверждал лишь психо-

логическими признаками

в) считал гипноз в наиболее выраженных формах патологией

г) не считал, что глубокий гипноз может возникать независимо от внушения

д) все перечисленное

5. ТОКАРСКИЙ (В.Е.РОЖНОВ И М.А.РОЖНОВА, 1987)

а) не полагал, что гипноз - патологическое состояние

б) разработал отечественную психоаналитическую концепцию

в) изучал гипноз животных в лаборатории Ухтомского

г) убедительно возражал против психотерапевтической концепции Жака Ла-

кана; впервые описал гипнотический сомнамбулизм

д) правильного ответа нет

6. БЕХТЕРЕВ (В.Е.РОЖНОВ И М.А.РОЖНОВА, 1987)

а) занимался психоанализом алкоголизма

б) заложил основы отечественной религиозной психотерапии

в) занимался с группами пациентов

г) занимался объективным рефлексологическим изучением личности, обучал

своих пациентов приемам самовнушения

7. В ИЗВЕСТНУЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ТРИАДУ БЕХТЕРЕВА ВХОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ, КРОМЕ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

а) когнитивной беседы по Беку и анализа невротического конфликта

б) разъяснительной беседы с группой больных

в) гипноза

г) обучения самовнушению

8. КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ ВЕДУЩИМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

СЧИТАЕТ (М.Е.БУРНО, 1989)

а) психоанализ

б) экзистенциальный анализ

в) гипнотерапию и самовнушение

г) эмоционально-стрессовую психотерапию

д) ничего из перечисленного

9. ВНУШЕНИЕ ОБЫЧНО ДЕЙСТВУЕТ ТЕМ СИЛЬНЕЕ, ЧЕМ

а) критичнее относится пациент к тому, что ему внушают

б) спокойнее, будничнее держится психотерапевт

в) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это

время

г) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта

д) более склонен пациент к психоаналитической терапии

10. ГИПНОЗ - ЭТО (В СООТВЕТСТВИИ С ИЗВЕСТНЫМИ ВЗГЛЯДАМИ В ПСИХОТЕРАПИИ)

а) условно-рефлекторный сон, вызванный внушением, при котором через

"сторожевой пункт" поддерживается контакт между загипнотизированным и гип-

нотизером, и он является частичным сном; состояние суженного сознания, выз-

ванное действиями гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью

б) вид онейроидного помрачения сознания

в) состояние легкой оглушенности, вызванное гипнотизацией

г) искусственно, гипнотизацией вызванная определенная психологическая

защита, свойственная данному человеку

д) правильно а) и г)

11. ФОРЕЛЬ РАЗЛИЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ СТЕПЕНИ ГИПНОЗА, КРОМЕ

а) гипотаксии

б) легкой оглушенности и обнубиляции

в) сомноленции

г) сонливости

д) правильно а) и г)

**Ситуационные задачи**

Задание № 1

Прочитайте приведённые ниже высказывания клиента и решите, какой способ реагирования окажется самым подходящим для каждого отдельного случая.

*«Моя девушка в эти выходные сильно расстроила меня. Мы пошли на вечеринку, где она напрочь забыла обо мне. Последнее время она крепко выпивает. На прошлой неделе она выпила лишнего на вечеринке, и мне было так стыдно за нее... Я пытался ее образумить, но она заявила, что от­нюдь не считает себя алкоголичкой. Это так тяжело для меня. Вот уже год как я не пью, и мне нужен человек, который бы поддержал меня в этом».*

Выберите самый подходящий ответ, с помощью которого можно *уточнить* чувства клиента и выяснить, что он на са­мом деле имеет в виду.

1.

а. «Что случилось на той вечеринке?»

б. «Не значит ли это, что вы изменили отношение к ней?»

2.

а. «Каким образом вы придерживаетесь трезвого образа жизни?»

б. «Вы беспокоитесь, что можете попасть под ее влияние?»

Выберите ответ, который бы лучше всего *отражал чув­ства и точку зрения* клиента.

3.

а. «Вы посещаете собрания общества "Анонимные алкоголики"?»

б. «Вы расстроены, потому что начинаете понимать, что эта девушка не для вас?»

4.

а.«Вам не по себе, потому что видели вашу девушку в не слишком благопристойном виде?»

б. «Кажется, вам нужна чья-то помощь».

Выберите тот ответ, который бы подошел для того, чтобы *отыскать суть* в рассказе клиента.

5.

а. «Вы считаете, что пора прекратить отношения с этой девушкой, чтобы остаться трезвенником?»

б. «Я думаю, что вас обоих терзают какие-то внутренние разногласия, с которыми нужно разобраться».

6.

а. «Я почувствовала, что вы боитесь сорваться и снова начать пить, если останетесь с ней. Это правда?»

б. «Похоже, что вы больше все

**Вопросы для подготовки:**

1. Определение понятия суггестии
2. История применения суггестии в клинической практике
3. Классификация суггестий
4. Внушение и самовнушение
5. Прямое или открытое
6. Косвенное или закрытое
7. Контактное и дистантное
8. Внушение в состоянии бодрствования
9. Внушение в состоянии естественного сна
10. Внушение в состоянии гипнотического сна
11. Внушение в состоянии наркотического сна
12. Чрезпредметное (вооруженное) внушение
13. Теоретические основы суггестии
14. Психофизиологические основы суггестии
15. Симпатические и парасимпатические эффекты суггестивных методов лечения
16. Психологические основы суггестии
17. Показания и противопоказания к применению суггестивных методов
18. Основные методики суггестивной психотерапии
19. Методика «Маска»
20. Показание к применению методики «Маска»
21. Психотерапевтическое потенцирование и усиление биологической психотерапии
22. Плацеботерапия и ее применение в клинической практике
23. Самовнушение
24. История создания методики
25. Труды Бехтерева по самовнушению
26. Методика проведения самовнушения
27. Аутогенная тренировка
28. История создания метода аутогенной тренировки
29. Теоретические основы аутогенной тренировки
30. Методика аутогенной тренировки
31. Формулы намерения по Лутэ
32. Нейтрализирующие формулы самовнушения
33. Усиливающие формулы самовнушения
34. Абстинентно-направленные формулы самовнушения
35. Парадоксальные формулы самовнушения
36. Поддерживающие формулы самовнушения
37. Другие методы аутогенной суггестии
38. Биологическая обратная связь
39. История возникновения
40. Научно-теоретическая основа биологической обратной связи
41. Методика проведения биологической обратной связи
42. Гипнотерапия
43. Современное понимание гипнотического состояния
44. Определение понятия «Гипноз»
45. Научно-теоретические основы гипнотерапии
46. Понятие внушаемости в гипнотическом состоянии
47. Тесты на внушаемость
48. История применения гипнотерапии в клинической практике
49. Опыты Шарко применения гипноза при лечении истерии
50. Труды отечественных ученых Токарского, Бехтерева, Павлова по изучению возможности применения гипноза в клинической практике
51. Способы гипнотизации
52. Гипнотизация воздействием на зрительный анализатор
53. Гипнотизация воздействием на слуховой анализатор
54. Гипнотизация воздействием на тактильный анализатор
55. Стадии гипноза и их психофизиологическое и психологическое значение
56. Сонливость
57. Гопотаксия
58. Сомнамбулизм
59. Осложнения гипнотерапии
60. Основные методы гипнотерапии
61. Классическая гипнотерапия
62. Методика классической психотерапии
63. Гипноз-отдых
64. Аутогипноз
65. Эриксоновский гипноз
66. История создания
67. Методики эриксоновского гипноза
68. Наркогипноз
69. Наркопсихотерапия

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 2** *Техника и практика психоаналитической психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психоанализ классический и современный.
2. Русская школа психоанализа.
3. Зарубежная школа психоанализа.

**Тестовый контроль**

1. В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО ФРЕЙДУ, СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ

а) Ид

б) Сверх-Я

в) Эго

г) Сверх-цензор

д) Оно

2. В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО ЮНГУ, СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ

а) личного бессознательного

б) коллективного бессознательного

в) сознания

г) архитипа и расового бессознательного

3. В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО АДЛЕРУ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

а) Супер-эго

б) Селф (Self)

в) сверхкомпенсацию

г) механизм творчества

д) ничего из перечисленного

4. РАЗЛИЧНЫЕ АДЛЕРОВСКИЕ ЖИЗНЕННЫЕ СТИЛИ, СОЗДАННЫЕ РАЗНЫМИ ВИДАМИ КОМПЕНСАЦИИ, НЕ ВКЛЮЧАЮТ

а) успешную компенсацию чувства неполноценности при совпадении стрем-

ления превосходства с социальным интересом

б) гиперкомпенсацию как одностороннее приспособление к жизни в ре-

зультате недоразвития какой-либо черты, способности

в) невротических симптомов как неудавшихся способов компенсаций

г) ухода в болезнь при невозможности освободиться от чувства неполно-

ценности ("вырабатывание" симптомов болезни для оправдывания своей неудачи)

д) борьбы как выражения врожденных агрессивных тенденций человека

5. СУЩНОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ ХОРНИ НЕ УСМАТРИВАЕТ

а) во врожденном чувстве беспокойства

б) в приобретенном в процессе воспитания общественном чувстве ("чувстве

общности" - Gemeinshaftsgefuhl)

в) в чувстве враждебности мира

г) в "изначальной тревожности"

д) в чувстве "коренной тревоги"

6. ПО ХОРНИ, ЧЕЛОВЕКОМ УПРАВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

а) стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности

б) либидо

в) генетическое стремление к власти

г) врожденная агрессивность

7. ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ САЛЛИВЕН СЧИТАЕТ

а) потребность в нежности, ласке и стремление избежать тревоги

б) мягкое врожденное сексуальное чувство

в) врожденная "застенчивость-робость"

г) "стеснительная паранояльность"

8. ОЛПОРТ ВЫДЕЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЧЕРТЫ, СВОЙСТВЕННЫЕ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

а) постоянный процесс индивидуализации

б) всякого рода "меры защиты"

в) вытеснение

г) проекция

д) сублимация

**Ситуационные задачи**

**Задание № 1**

Определите фрагмент какой техники консультирования представлен в следующих примерах.

Пример 1

*Консультант:* Вы разозлились на мужа из-за его равнодушного отношения к вашему рассказу о проблемах с успеваемостью сына

Пример 2

*Консультант:* В начале беседы вы жаловались на то, что муж часто конфликтует с вами, но вы только что рассказали о нескольких ситуациях, в которых вы сами выступили инициатором конфликтов, а муж не только не пытался обвинить вас в чём-то, а наоборот, искал пути примирения. Что вы думаете по этому поводу?

Пример 3

*Консультант:* Вы рассказываете о том, насколько бесчувственны окружающие вас люди. Похоже, вам легче говорить о раздражении на тех, кого здесь нет, чем об обиде на меня.

Пример 4

*Консультант:* В ваших описаниях семейных отношений, школьных переживаний и отношений на работе я слышу ощущение провала и разочарования.

Пример 5

*Консультант:* Я заметил, что уже не один раз при упоминании о ней ваше лицо оживает, после чего вы на некоторое время замолкаете. Словно вы вспоминаете о чем-то особенном. И я раздумываю, о чем же вы вспоминаете.

Пример 6

*Консультант:* Как мне кажется, то, что вы говорите сегодня о вашей жене, очень сходно с тем, что вы говорили на прошлой сессии о вашей матери.

Пример 7

*Консультант:* Вы позвонили вашему другу, потому что так одиноко вы себя ещё никогда не чувствовали.

Пример 8

*Консультант:* Я чувствую себя некомфортно от того, что вы постоянно недовольны и никогда не позволяете себе других чувств.

Пример 9

*Консультант:* Похоже, что вы испытываете чувство стыда всякий раз, когда кто-то оценивает вас.

Пример 10

*Консультант:* Вы чувствуете печаль, потому что день рождения - это также свидетельство того, что годы уходят.

Пример 11

*Консультант:* Из того, что вы говорите, создаётся впечатление, что ваши чувства по отношению к матери прямо противоположны вашим чувствам к отцу.

Пример 12

*Клиент:* Я всегда была ленивой. Так, например, в детстве меня оставляли дома одну, говорили, чтобы я играла. У меня было много игрушек. Я же не притрагивалась к ним, что очень удивляло родителей.

*Консультант:* Как пример собственной ленивости, вы нарисовали драматичный образ оставленного в одиночестве ребёнка.

Пример 13

*Консультант:* Похоже, что ваш протест по отношению ко мне очень напоминает те чувства, которые вы испытывали к вашему отцу в подростковый период.

Пример 14

*Консультант:* Когда вы рассказываете о муже, выражение вашего лица и тон демонстрируют пренебрежение.

Пример 15

*Консультант:* Если бы это произошло со мной, думаю, меня бы это разозлило.

**Вопросы для подготовки:**

1. Отличительные характеристики психоанализа и психоаналитической психотерапии
2. История возникновения психоаналитической психотерапии
3. Современное состояние теории психоаналитической психотерапии
4. Обучение психотерапевта психоаналитической психотерапии
5. Теоретические и практические различия между разными школами современной психоаналитической психотерапии
6. Основные понятия и теоретические положения классического и современного психоанализа, используемые в психоаналитической психотерапии
7. Динамическая теория бессознательного
8. Психоаналитическая теория влечений
9. Модели психического аппарата
10. Психоаналитическая теория защит
11. Теории сновидений в психоанализе
12. Понимание личности в классическом и современном психоанализе
13. Теория психосексуального развития личности
14. Полоролевые модели развития в психоанализе
15. Латентное и подростковое развитие
16. Психоаналитическая психотерапия
17. Психоаналитическая психотерапия невротических расстройств
18. Психоаналитическая психотерапия личностных расстройств
19. Психоаналитическая психотерапия в пограничной психиатрии
20. Психоаналитическая психотерапия нарциссических расстройств
21. Психоаналитическая психотерапия психосексуальных расстройств
22. Психоаналитическая психотерапия психосоматических расстройств
23. Психоаналитическая психотерапия зависимостей и диссоциаций
24. Психоаналитическая психотерапия депрессий
25. Методика и техника психоаналитической психотерапии: основные понятия и элементы техники диагностики и терапевтического воздействия
26. Задачи и технические приемы начала психоаналитической психотерапии. Первый контакт. Методика и техника предварительного интервью
27. Методика и техника заключения психоаналитического контракта при психоаналитической психотерапии
28. Фокусировка на актуальной проблеме, имеющей непосредственное отношение к заболеванию пациента
29. Методика и техника работы с переносом
30. Методика и техника работы с контрпереносом
31. Методика и техника работы с сопротивлением
32. Методика и техника работы со сновидениями
33. Проработка
34. Задачи и технические приемы окончания психоанализа и пост-аналитического периода
35. Критерии окончания психоаналитической психотерапии
36. Основы методики и техники групповой психоаналитической психотерапии

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 3** *Техника и практика краткосрочных методик психодинамической психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Практика Российского клинического психоанализа.
2. Клинический психоанализ при лечение неврозов.
3. Реальность и перспективы Российского психоанализа.

**Тестовый контроль**

1. ГИПНОЗ - ЭТО (В СООТВЕТСТВИИ С ИЗВЕСТНЫМИ ВЗГЛЯДАМИ НА ГИПНОЗ)

а) патологическое состояние, искусственно вызванный истерический невроз

б) состояние влюбленности, лишенное прямой сексуальной направленности

в) регрессия к аутоэротической стадии развития либидо

г) освобождение загипнотизированного от власти собственного "сверх-Я"

д) все перечисленное

2.МНОЖЕСТВО СПОСОБОВ СПОКОЙНОГО ГИПНОТИЗИРОВАНИЯ СВОДИТСЯ (ПО С.И.КОНСТОРУМУ) К ДВУМ ОСНОВНЫМ ПРИЕМАМ

а) словестное внушение того, что, по существу, наступает и без внушения,

в силу чисто физиологических моментов; внушение покоя

б) пассы и фасцинация

в) повторяющиеся монотонные звуки

г) внушение спокойных сновидений

д) правильно а) и г)

3.К ИЗВЕСТНЫМ СПОСОБАМ (МЕТОДАМ) ГИПНОТИЗАЦИИ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ЗРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗАТОР ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) гипнотизации с внезапной вспышкой яркого света в темной комнате

б) метода интроспекции и метода Капустина ("серебристое озарение")

в) метода фиксации взора

г) метода следовых образов

4. МЕТОД ФАСЦИНАЦИИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО

а) гипнотизируемый под внушением гипнотизирующего сближает с закрытыми

глазами руки

б) гипнотизируемому предлагается неподвижно, не мигая, смотреть на яркий

синий круг, пока не появятся каемки "дополнительного цвета"

в) с громким повелительным приказом "Спать" гипнотизирующий толкает

гипнотизируемого с закрытыми глазами в кресло

г) гипнотизируя, прикасаются кончиком ватки к глазу гипнотизируемого или

просят смотреть в какую-либо одну точку в пространстве

д) ни один из перечисленных

5. ГИПНОТИЧЕСКИЙ СОМНАМБУЛИЗМ (ПО С.И.КОНСТОРУМУ) ОБЫЧНО ВОЗНИКАЕТ

а) при углублении I степени гипноза

б) на выходе из III степени гипноза

в) на выходе из I степени гипноза

г) сразу, непосредственно за первыми суггестиями

д) при углублении II степени гипноза

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

Ответ: 3

**Вопросы для подготовки:**

1. Проблемы, связанные с, так называемой, альтернативной психотерапией
2. Основные понятия психотерапии
3. Понятие личностного подхода в психотерапии
4. Психотерапевтическое вмешательство
5. Психотерапевтическая интервенция
6. Психотерапевтический процесс
7. Понятие прогресса в психотерапии
8. Понятия: «направление», «течение», «метод», «методика», «технический прием» в психотерапии
9. Понятие интегративной психотерапии
10. Психологическое понятие «нормы» и «патологии»
11. Выбор психотерапевтической стратегии и психотерапевтического метода с учетом клинических особенностей пограничных психических расстройств
12. Особенности оценки эффективности психотерапии при различных заболеваниях
13. Определения понятия «краткосрочная психодинамическая психотерапия»
14. Отличительные характеристики психоанализа, психоаналитической и краткосрочной психодинамической психотерапии
15. История возникновения краткосрочной психодинамической психотерапии
16. Разработка теоретических и методических аспектов краткосрочной психодинамической психотерапии в работах Ф. Александера, П. Сифнеоса, Д. Малана, Д. Манна, Х.Девенлу, М. Балинта, Д. Мармора
17. Современное состояние теории психоаналитической психотерапии
18. Обучение психотерапевта краткосрочной психодинамической психотерапии
19. Теоретические и практические различия между различными методами современной краткосрочной психодинамической психотерапии
20. Теоретические вопросы интеграции в динамическую психотерапию методических приемов других методов психотерапии
21. Основные понятия и теоретические положения краткосрочной динамической психотерапии
22. Обоснование продолжительность краткосрочной динамической психотерапии
23. Цели краткосрочной психодинамической психотерапии
24. Ведущие стратегические принципы краткосрочной психодинамической психотерапии
25. Ролевая позиция в краткосрочной психодинамической психотерапии
26. Терапевтический альянс и контракт в краткосрочной психодинамической психотерапии
27. Фазы краткосрочной психодинамической психотерапии
28. Особенности проведения краткосрочной психодинамической психотерапии
29. Выделение фокального конфликта при проведении краткосрочной психодинамической психотерапии
30. Применение краткосрочной динамической психотерапии при различных психических расстройствах и состояниях
31. Краткосрочная психодинамическая психотерапия невротических расстройств
32. Краткосрочная психодинамическая психотерапия личностных расстройств
33. Краткосрочная психодинамическая психотерапия в пограничной психиатрии
34. Краткосрочная психодинамическая психотерапия зависимостей
35. Краткосрочная психодинамическая психотерапия при утратах
36. Краткосрочная психодинамическая психотерапия психосоматических расстройств
37. Краткосрочная психодинамическая психотерапия депрессий
38. Краткосрочная психодинамическая психотерапия психосексуальных расстройств
39. Методика и техника краткосрочной психодинамической психотерапии: основные понятия и элементы техники, диагностики и терапевтического воздействия
40. Методика и техника заключения психоаналитического контракта при краткосрочной психодинамической психотерапии
41. Задачи и технические приемы отборочной фазы краткосрочной психодинамической психотерапии. Методика и техника предварительного интервью
42. Задачи и технические приемы фокальной фазы краткосрочной психодинамической терапии.
43. Выделение фокального конфликта в личности пациента
44. Фокусировка на актуальной проблеме, имеющей непосредственное отношение к заболеванию пациента
45. Методика и техника работы с переносом при проведении краткосрочной психодинамической психотерапии
46. Методика и техника работы с контрпереносом при проведении краткосрочной психодинамической психотерапии
47. Методика и техника работы с сопротивлением при проведении краткосрочной психодинамической писхотерапии
48. Задачи и технические приемы фазы сепарации при проведении краткосрочной динамической психотерапии
49. Окончание краткосрочной психодинамической психотерапии

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 4** *Техника и практика когнитивной психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Исторические аспекты развития когнитивно-бихевиорального подхода к изучению личности.
2. Когнитивно-бихевиоральные теории Б.Скиннера, Д.Роттера, А.Бандуры в практике психотерапевта.
3. Когнитивная психотерапия Р.Лазаруса, А.Бека, А.Эллиса. Теория и практика.

**Тестовый контроль**

1.КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БЕКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ ПОЛОЖЕНИЯХ, КРОМЕ

а) депрессия возникает тогда, когда человек неадекватно интерпретирует

мир и себя, не видит альтернативных объяснений и решений

б) тревожно-ипохондрические сомнения есть результат конкретизации из-

начальной аморфной тревоги среди определенных житейских событий; в основе

тягостных "черных" депрессивных мыслей (в том числе, суицидальных) лежит

патология аффекта

в) пациенту следует проанализировать свой способ мышления, понимания

вещей как один из многих возможных наряду с более адекватными по отношению к

действительности

г) основной метод работы психотерапевта - формулирование вопросов, как

это делал Сократ

2. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОДХОДЫ В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) дидактического

б) аналитического

в) поведенческого

г) восточно-иероглифического

д) экзистенциально-гуманистического

3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ "ГРУППЫ ВСТРЕЧ" (РОДЖЕРС) СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТОБЫ

а) познавать себя и других в более или менее интуитивно-недирективно в

живом общении; помогать товарищу в его житейском конфликте общественным

мнением группы

б) познавать характеры участников группы на базе психологически-типо-

логического просвещения, воспитания; клинически направлять мнение группы в

свободном откровенном самовыражении участников группы

в) в непосредственном, живом, глубоком взаимодействии друг с другом

рассказывать свое сокровенное, дабы каждый участник группы познавал себя и

окружающих полнее, чем в обычных домашних или служебных контактах, и научился

лучше относиться к другим людям в группе и в жизни

г) правильно а) и г)

4. РОДЖЕРС НЕ СЧИТАЕТ, ЧТО

а) одна из важнейших особенностей его групп - максимально недирективный

стиль руководства

б) экспликация негативных чувств - важный показатель создания в группе

атмосферы свободы и безопасности

в) необходим спонтанный разговор на значимые для членов группы темы,

выражение истинных чувств, возникающих "здесь и сейчас"

г) в его группе создаются условия для "основной встречи"

д) поведение человека детерминируется важнейшими организмическими пот-

ребностями, которые выступают как "фигуры" на фоне перцептичного поля

5.СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985) ЯВЛЯЕТСЯ

а) психологически положительное взаимодействие участников в группе;

внутриколлективные связи между участниками

б) наличие отношений ответственной зависимости между участниками

в) групповой механизм, благодаря которому участники группы помогают друг

другу под руководством психотерапевта

г) совпадение целей пациентов и психотерапевта

д) ни одно из перечисленных

6.К ВАЖНЕЙШИМ ПРОЦЕССАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ГРУППОВУЮ ДИНАМИКУ, НЕ ОТНОСЯТСЯ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

а) конформность и конконформизм

б) негативизм

в) коллективистическое самоопределение

г) внутригрупповая внушаемость

д) все перечисленное

7. ФОРМАМИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) эмпатия

б) самораскрытие

в) групповая систематическая десенситизация фобий

г) снижение эгоцентризма и чувство общности с группой

д) ни одно из перечисленных

8.ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ (АБСОЛЮТНЫМИ) К ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

а) гиперкинезы и тики

б) писчий спазм

в) судорожные припадки

г) пароксизмы различного генеза

д) все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Научно-теоретические предпосылки создания когнитивной психотерапии
2. Учение об условном рефлексе Павлова
3. Психология восприятия
4. Психология решения задач
5. Когнитивная психотерапия Бэка как метод когнитивно-поведенческого направления психотерапии, ее роль и место в ряду других когнитивно-поведенческих методов
6. История создания и развития когнитивной психотерапии
7. Теоретические основы когнитивной психотерапии
8. Опосредование мышлением восприятия внешних стимулов
9. Понятие внешнего стимула
10. Схема взаимодействия индивида с окружающей действительностью (S-O-R – схема)
11. «Когнитивная карта» действительности и «личная территория»
12. Понятие аберраций мышления
13. Типы аберраций мышления
14. Понятие о «параллельном» мышлении
15. Неосознаваемые когнитивные регулятивные механизмы (НКРМ) и их влияние на восприятие стимула
16. Когнитивные причины эмоциональных нарушений
17. Психологические механизмы эмоциональных нарушений
18. Возможности устранения аберраций мышления
19. Показания для когнитивной психотерапии
20. Процесс когнитивной психотерапии
21. Особенности психотерапевтического контракта при проведении когнитивной психотерапии
22. Формулирование общей цели психотерапии
23. Мотивация пациента для активного участия в процессе психотерапии
24. Задачи начального этапа проведения когнитивной психотерапии
25. Группировка проблем, имеющих сходный когнитивно-поведенческий стереотип
26. Идентификация первичного звена эмоционального нарушения
27. Техника начального этапа психотерапии
28. Техника «когнитивной сборки»
29. Второй этап когнитивной психотерапии
30. Осознание и вербализация неадаптивных когниций
31. Методы и техники осознания в вербализации неадаптивных когниций
32. Метод когнитивного анализа осознания и вербализации неадаптивных когниций
33. Экспериментальный метод осознания и вербализации неадаптивных когниций
34. Принципы проведения экспериментального метода
35. Метод «заполнения пустот» в «когнитивной карте»
36. Реализация принципа «отдаления» как процесс объективизации когнитивных нарушений
37. Этап «изменения правил регуляции жизни»
38. Идентификации неосознаваемых когнитивных регулятивных механизмов (НКРМ)
39. Опытный принцип изменения НКРМ на более адаптивные
40. Методика самонаблюдения и принципы ее проведения
41. Конфронтация и замена правил на более адаптивные
42. Этап решения существующих проблем на основе более адаптивных правил
43. Поддерживающий этап психотерапии и окончание психотерапии

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 5** *Техника и практика рационально-эмоциональной психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Эврестический вариант рациональной психотерапии (Д.В.Панков).
2. Рационально-эмоциональная терапия А.Эллиса.
3. Рациональная психотерапия по П.Дюбуа и разъяснительная психотерапия В.М.Бехтерева.

**Тестовый контроль**

1.ДЮБУА (С.И.КОНСТОРУМ, 1962) ПРИДЕРЖИВАЛСЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЗГЛЯДОВ, КРОМЕ ТОГО, ЧТО

а) называл рациональной психотерапию, которая имеет своей целью дейст-

вовать на мир представлений пациента путем убедительной диалектики

б) сущностью рациональной психотерапии считал логическое переубеждение

больного

в) полагал, что тревоги, ипохондрии психотерапевтических пациентов есть

следствие ошибочных суждений

г) считал, что психостеникам показано лечение разъяснением, а астеникам

- лечение внушением. В отношении психотерапии убеждением и разъяснением был

полностью солидарен с А.Форелем

2. ДЮБУА (С.И.КОНСТОРУМ, 1962)

а) отнюдь не всякое психогенное расстройство рассматривает как продукт

неправильных представлений

б) не считал, что элемент ratio присущ каждому чувству, ощущению

в)был убежден, что тягостные, мучительные переживания психотерапевтического пациента есть представления, окрашенные неприятным чувственным тоном

г) все перечисленное

3. ДЕЖЕРИН (С.И.КОНСТОРУМ, 1962)

а) обстоятельно разъяснял больному функциональную природу его страданий,

их этиологию, патогенез

б) как и Дюбуа, внушал больному ошибочность его воззрений, обусловивших

его страдание

в) побуждал беспрекословно верить авторитету своего врача

г) сводил психотерапию, по существу, к разъяснению

д) правильно а) и б)

4. КУЭ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1974)

а) считал существом своего метода (куэизм) составление определенных

формул самовнушения, соответсвующих клинической картине пациента

б) полагал, что формулу самовнушения надо произносить в утвердительной

форме непременно в настоящем времени

в) предложил специальные упражнения, направленные на вызывание чувства

тяжести в теле

г) назвал самовнушение "силой воображения"

д) преподавал в Нансийском университете

5. ШУЛЬЦ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1979)

а) занимаясь с пациентами своей аутогенной тренировкой, объяснял им

физиологические основы метода; полагал, что для овладения его аутогенной

тренировкой требуются месяцы

б) относил упражнение АТ, направленное на вызывание ощущения тепла в

эпигастральной области, к аутогенной медитации

в) к упражнениям низшей ступени тренировки относил упражнения в визуа-

лизации представлений

г) считал, что явственное ощущение прохлады в области лба затрудняет

занятия аутогенной тренировкой

6.РАЦИОНАЛЬНУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ ДЮБУА ИНАЧЕ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ТЕРМИНАМИ, КРОМЕ

а) перевоспитания пациента путем развития и укрепления его ума

б) убеждения посредством диалектики

в) сократического метода

г) целесообразной и аналитической терапии

7.СУЩЕСТВОМ КЛАССИЧЕСКОЙ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЮБУА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) безимперативного внушения в бодрствующем состоянии

б) живого, диалектического взаимодействия внушения с отвлечением в

психотерапевтической работе с пациентом

в) лечебного доказательства

г) сочетания разъяснения с эмоциональным внушением наяву

д) мотивированного внушения

8. ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАНКОВА СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТО ПСИХОТЕРАПЕВТ ИСПОЛЬЗУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СПОСОБЫ, КРОМЕ

а) планомерно обучает пациента законам формальной логики

б) наглядно, с помощью логических формул демонстрирует пациенту в ле-

чебной беседе его (пациента) паралогизмы, способствовавшие дезадаптации в

среде

в) проводит логически аргументированную коррекцию неправильных умозак-

лючений пациента

г) старается логически исправить всевозможные литоты и метонимии в мыш-

лении пациента, способствуя его адаптации в среде, учит пациента мыслить

живо, диалектически

9.ГЛАВНЕЙШЕЕ, ЧТО ТРЕБУЕТСЯ ОТ ПСИХОТЕРАПЕВТА, ПРОВОДЯЩЕГО РАЦИОНАЛЬНУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ ПО ПАНКОВУ, ЭТО

а) большая, нежели у его пациента, определенность и последовательность в

обсуждаемом предмете; знание основных законов формальной логики

б) подвижное диалектико-материалистическое мышление

в) быть творческой личностью, склонной к анализу

г) нести в душе живую совестливость, склонность к нравственно-этическим

переживаням

10. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УБЕЖДЕНИЕМ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ВНУШЕНИЕМ, ИМЕЕТ МЕСТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) образуются у пациента новые связи, "корни", они переплетаются с

имеющимися представлениями, поддерживаются ими

б) лечебный эффект наступает часто не так быстро

в) пациент активно участвует в процессе лечения

г) мышление пациента становится критичнее, основательнее

д) пациент проникает верой в своего врача

11.РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛАССИЧЕСКОМ СВОЕМ ВАРИАНТЕ ОСОБЕННО ЭФФЕКТИВНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

а) ананкастических переживаний

б) душевно ограниченных пациентов с истеро-невротическими расстройствами

в) психастеников

г) всевозможных навязчивостей и мягких паранояльных расстройств

д) ни одно из перечисленных

12. ДЮБУА ПОЛАГАЛ, ЧТО

а) чувство есть эмоционально скрашенное представление

б) все психопатические расстройства являются следствием недостатка

критики

в) психоневротику и психопату присущи эгоцентризм и эгоизм

г) параллельно с нашим знанием укрепляется и этика

д) все перечисленное

13. РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЭЛЛИСА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

а) один из способов когнитивного переструктурирования; момент когнитив-

но-бихевиорального развития ортодоксальной поведенческой терапии

б) способ диагностики иррациональных убеждений и систематического за-

мещения их рациональными представлениями

в) "атаку" и разрушение иррациональных компонентов мышления и поощрение

замещения их такими более разумными идеями и выводами, как "стоящий человек

должен быть компетентным, иметь успех во всех случаях" и т.д.

г) терапию, основывающуюся на положении о том, что придерживаться ра-

циональной системы убеждений - значит гарантировать себе жизнь, полную фрус-

траций

д) правильно а) и б)

14.ИСТЕРИЧЕСКИЙ СТУПОР, ОСТРО РАЗВИВШИЙСЯ В ОТВЕТ НА ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ, ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) эхопраксией

б) страдальческой, напряженной мимикой и мутизмом, полной неподвижностью

в) замедленным пульсом

г) суженными зрачками

д) правильно а) и б)

15. ИСТЕРИЧЕСКОЕ ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) пантомимическими драматическими сценами, страхом, ужасом, способностью переходить в ступор

б) восковой гибкостью

в) стремлением к беспорядочному, "пустому" движению

г) двигательными навязчивостями

д) правильно б) и г)

16. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ ПОКАЗАНЫ (ПО СВЯДОЩУ)

а) лечение убеждением

б) каузальная психотерапия

в) патогенетическая психотерапия Мясищева

г) лечение внушением в легком наркотическом сне или внушением наяву

д) правильно а) и г)

17. РАЦИОНАЛЬНУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ НЕВРАСТЕНИИ СЛЕДУЕТ СТРОИТЬ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ (ПО В.П.КОЛОСОВУ)

а) убедить (с эмоционально-насыщенной авторитетностью, директивностью)

больного в истинных причинах заболевания (как их понимает врач)

б) указать больному на ошибки в его поведении до заболевания неврозом,

добиться от него, чтобы он признал свои ошибки

в) выработать на основании своего психотерапевтического опыта и сфор-

мулировать больному четкую линию его теперешнего поведения в условиях конф-

ликта с требованием довериться в этом врачу

г) дать конкрентные советы больному по устройству дальнейшей жизни

(особенно в самых трудных его ситуациях, делах); создать в психотерапевти-

ческих беседах иллюзию того, будто бы пациент принял все свои трудные жиз-

ненные решения самостоятельно

д) ничего из перечисленного

18.ЕДИНСТВЕННЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ В СЛУЧАЕ ЯТРОГЕННЫХ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ (НАПРИМЕР, ИПОХОНДРИЧНОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА) - ЭТО (ПО КОНСТОРУМУ)

а) внушение в бодрствующем состоянии

б) убеждение, разубеждение

в) категорический наказ пациенту отказаться от всех медицинских мероп-

риятий по данному поводу

г) никаких медицинских советов

д) правильно в) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Женщина 29 лет обратилась в связи с тяжелой экземой кистей рук, впервые появившейся 8 лет назад, когда у нее от не планированной беременности родилась дочь. Это было на Крайнем Севере, куда был направлен служить ее муж. Ее лечили от аллергии, запретили пользоваться стиральными порошками и большинством сортов мыла, но полностью экзема прошла лишь через месяц после того, как полуторагодовалую дочь, отстававшую в развитии, отправили домой к бабушке, где были возможности лечить ее. Еще через полтора года у них родилась вторая дочь. Пациентка ухаживала за ней, пользовалась всеми моющими средствами — экзема не возобновлялась.Муж пациентки был демобилизован за год до обращения, они вернулись в свой город и стали жить всей семьей — вместе с первой дочерью, у которой была умственная отсталость в степени дебильности. Почти сразу последовало обострение экземы, по поводу которой пациентка без видимого успеха лечилась у нескольких дерматологов и обратилась к психотерапевту, полагая, что ей поможет гипноз. Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является:

1.Навязчивым состоянием

2.Психосоматическим расстройством

3.Конверсионной реакцией

4.Симуляцией

**Вопросы для подготовки:**

1. Научно-теоретические предпосылки создания рационально-эмоциональной психотерапии
2. Рационально-эмоциональная психотерапия Эллиса как метод когнитивно-поведенческого направления психотерапии, ее роль и место в ряду других когнитивно-поведенческих методов
3. Выделение 3-х ведущих психологических аспектов психического функционирования человека (мысли (когниции), чувства, поведение)
4. Два основных типа когниций. Дескриптивные и оценочные когниции и их влияние на психологическое функционирование человека
5. Когнитивные причины нарушений в эмоциональной сфере. Иррациональные установки. Связь между дискриптивными и оценочными когнициями. Сверхгенерализация. Ложные выводы. Жесткие установки. Отличия рациональной и иррациональной систем оценочных когниций
6. Возникновение психологических проблем и эмоциональных нарушений в результате действия иррациональной системы оценочных когниций
7. Принципы и методика проведения рационально-эмоциональной психотерапии
8. Показания и противопоказания к рационально-эмоциональной психотерапии
9. Процесс рационально-эмоциональной психотерапии
10. Начальный этап рационально-эмоциональной психотерапии
11. Особенности психотерапевтического контракта при проведении рационально-эмоциональной психотерапии
12. Формулирование общей цели рационально-эмоциональной психотерапии
13. Мотивация пациента для активного участия в процессе рационально-эмоциональной психотерапии
14. Кларификация, прояснение параметров и структуры событий, вызвавшие наибольшие эмоциональные переживания пациента. Осознание оценочных когниций. Группировка проблем, имеющих сходный когнитивно-поведенческий стереотип
15. Идентификация первичного звена эмоционального нарушения
16. Идентификация следствия, прежде всего аффективных последствий событий
17. Осознание и вербализация всего спектра эмоциональных реакций на события
18. Осознание механизмов, искажающих эмоциональные проявления
19. Приемы, позволяющие осознать эмоциональные проявления. Предоставление обратной связи. Приемы усиления из арсенала гештальт-психотерапии
20. Третий этап рационально-эмоциональной психотерапии. Выявление системы оценочных когниций. Приемы осознания оценочных когниций. Прием фокусировки на когнитивных явлениях во время психотравмирующих событий. Прием проекции на будущее время
21. Когнитивный анализ лингвистических явлений в процессе психотерапии. Анализ типов иррациональных установок. Катастрофические оценки. Установки обязательного долженствования. Установка обязательной реализации своих потребностей. Глобальные оценочные установки
22. Принципы оценки эффективности третьего этапа рационально-эмоциональной психотерапии
23. Четвертый этап рационально-эмоциональной психотерапии. Реконструкция иррациональных установок. Приемы реконструкции иррациональных установок в воображении. Прием воображаемого погружения в психотравмирующую ситуацию. Приемы когнитивной реконструкции иррациональных установок. Прямая и обратная конфронтация с иррациональной установкой. Прием вспомогательного моделирования. Прием реконструкции на уровне поведения
24. Домашние задания в процессе эмоционально-рациональной психотерапии
25. Критерии окончания эмоционально-рациональной психотерапии

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 6** *Неоповеденческие методы психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Эриксоновский гипноз.
2. Нейролингвистическое программирование.
3. Психотерапия преобразующего взаимодействия (А.Вовк и соавтр.).

**Тестовый контроль**

1.БЛАГОДАРЯ СУБЪЕКТИВНЫМ КОНСТРУКТАМ СМОГЛИ ПОЯВИТЬСЯ (К.РОДЖЕРС)

а) поведенческая теория

б) патологическая физиология

в) теория относительности, теория высвобождения атомной энергии и теория

космического пространства

г) правильно в) и г)

2.ПОДЛИННО ЭВРИСТИЧНЫМИ ТЕОРИЯМИ, КОТОРЫЕ ПРИВЕДУТ К ОТКРЫТИЮ ВАЖНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ОКАЖУТСЯ ТЕОРИИ (К.РОД-

ЖЕРС)

а) основанные на экзистенциально-феноменологических построениях

б) основанные на объективных наблюдениях за поведением

в) постулирующие связь между внутренними субъективными явлениями, не

поддающимися непосредственному измерению

г) субъективно изучающие личность наблюдателя и наблюдаемого, объективно

изучающие личность

д) все перечисленное

3.ЭМПАТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ОБЩЕНИЯ С ДРУГОЙ ЛИЧНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (К.РОДЖЕРС)

а) постоянной чувствительности к меняющимся переживаниям другого - к

страху или гневу, или растроганности, или стеснению, одним словом, ко всему,

что испытывает он или она

б) полного отождествления, идентификации себя с этим другим (другой)

в) вхождения в личный мир другого или пребывания в нем "как дома"

г) временной жизни другой жизнью, деликатного пребывания в ней без

оценивания и осуждения

д) улавливания того, что другой сам едва осознает, не без попытки вск-

рыть совершенно неосознанные чувства, поскольку они могут оказаться травми-

рующими

4.ЭМПАТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ОБЩЕНИЯ С ДРУГОЙ ЛИЧНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (К.РОДЖЕРС)

а) сообщения ваших впечатлений о внутреннем мире другого, когда вы

смотрите свежим и спокойным взглядом на те его элементы, которые волнуют или

пугают вашего собеседника

б) частого обращения к другому для проверки своих впечатлений и внима-

тельного прислушивания к получаемым ответам

в) ясного, окровенно-честного высказывания другому своей профессионально-критической точки зрения по поводу его мыслей и переживаний

г) указывания на возможные смыслы переживаний другого (дабы помочь ему

переживать более полно и конструктивно); при этом на некоторое время остав-

ляем в стороне свои точки зрения и ценности (чтобы войти в мир другого без

предвзятости)

д) отодвигания в сторону своего "Я" при ясном чувстве, что смогу успешно

вернуться из мира другого в свой мир, когда захочу

5. "ПОДЛИННОЕ НАУЧЕНИЕ" ОТ "ВНЕШНЕГО НАУЧЕНИЯ" ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО (А.МАСЛОУ)

а) оно есть приобретение, накопление в себе различных навыков, не просто

механическое запоминание

б) помогает человеку стать лучше, насколько это возможно; может помочь

человеку стать тем, кем он способен стать

в) помогает приобрести знания и честность

г) правильно а) и в)

6. Б-ЦЕННОСТЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (А.МАСЛОУ)

а) красота и простота

б) истина

в) совершенство

г) всесторонность

д) все перечисленное

7. ДОРОГАМИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ (А.МАСЛОУ)

а) представить себе жизнь как процесс постоянного выбора из различных

возможностей возможности роста

б) выявлять свои защиты, преодолевая их (например, реритуализация)

в) полное живое бескорыстное переживание с полным сосредоточением и

погруженностью, т.е. переживание без подростковой застенчивости

г) прислушиваться именно к самому себе, к своему "Я", а не к внешним

голосам, традициям и т.д., быть готовым к независимой от окружающих позиции

д) быть самим собой и в том смысле, чтобы уважать свои не безнравственные патологические свойства (чувство неполноценности, стеснительность, нерешительность и т.д.), чувствовать в них общественно полезную силу, применить их с пользой для людей

8. КОНСУЛЬТАНТ, ПОМОГАЮЩИЙ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ (А.МАСЛОУ)

а) пытается помочь человеку совершенствоваться, расти личностно в рамках

собственного стиля этого человека, работает в духе учения даосизма

б) пропагандирует знания пациентам, тренирует их

в) в идеальном случае помогает пациенту проникнуться своими (психоте-

рапевта) теоретическими представлениями, доносит до пациента свой взгляд на

мир

г) помогает пациенту сооружать всевозможные защиты от жизненных труд-

ностей

9. СУЩНОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО СУЩЕСТОВАНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ (В.ФРАНКЛ)

а) быть направленным не на себя, а на что-то иное; в самотранценденции

б) преодолеть дихотомию объекта и субъекта

в) смысл жизни не направлял ход бытия

г) не быть противопоставленным миру

10. СМЫСЛЫ - ЭТО (В.ФРАНКЛ)

а) сами люди

б) выражение самости человека

в) больше, чем проекция самости; то, что обнаруживается нами

г) то, что создается нами

11. В ЧЕЛОВЕКЕ БЕЗОШИБОЧНО И ВСЕМОГУЩЕСТВЕННО (В.ФРАНКЛ)

а) свобода, мудрость, совесть и честь, искренность

б) либидо

в) чутье на характеры

г) ничего из перечисленного

12. ПОМОЩЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПАЦИЕНТУ В ЕГО ПОИСКАХ СМЫСЛА ВКЛЮЧАЕТ (В.ФРАНКЛ)

а) указать отчетливо пациенту на его ценности, подчеркнуть ему, дать ему

его смысл

б) психотерапевт должен дать ясно понять пациенту, что знает, что ис-

тинно ценно, а что нет, в чем заключается истинный смысл

в) внушить пациенту то, что он, психотерапевт, истинно знает как никто,

- что есть добро, что - зло

г) пациента следует направить к его собственной совести

д) убедить пациента в том, что его совесть не может ошибаться

13. К ТРЕМ ИЗВЕСТНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛОГОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ (В.ФРАНКЛ)

а) свободная воля и стремление к смыслу

б) живой ум психотерапевта

в) оптимизм психотерапевта

г) порядочность психотерапевта

14. ПСИХОТЕРАПЕВТ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТАМ ИСКАТЬ СМЫСЛ СВОЕЙ ЖИЗНИ (В.ФРАНКЛ)

а) ведя групповые философские дискуссии с пациентами

б) преподавая группе пациентов экзистенциальный анализ

в) внушая лечебную необходимость поисков смысла в гипнотических сеансах

г) прибегая лишь к индивидуальному внушению смысла и цели жизни, пред-

писывая пациенту выучить основные элементы учения о смысле своей жизни

д) ничего из перечисленного

15. ЧЕЛОВЕК ОБЫЧНО НАХОДИТ СМЫСЛ СВОЕЙ ЖИЗНИ (В.ФРАНКЛ)

а) в совершении какого-либо дела

б) в творчестве

в) в переживании добра и истины

г) во встрече с уникальностью другого человека

д) во всем перечисленном

16. К ТРЕМ ОСНОВНЫМ ПУТЯМ, КАКИМИ ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ НАЙТИ СМЫСЛ В ЖИЗНИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ (В.ФРАНКЛ)

а) пути помощи нуждающемуся в ней

б) пути творчества

в) пути ценностных положительных переживаний

г) пути страдания, в котором человек не сгибается

д) возможности выбрать, как именно переносить страдание, которое невоз-

можно избежать

17. ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА № ЛОГОТЕРАПИИ СОСТОИТ (В.ФРАНКЛ)

а) в том, чтобы любой ценой устранить страдания

б) в том, чтобы помочь превратить неизбежное страдание в нечто осмысленное, в достижение

в) в регрессивном стремлении к покорности

г) в помощи пациенту в изучении человеческих характеров и поисках

своего, уникального, обусловленного характерологическими особенностями жиз-

ненного пути

д) в помощи пациенту в поисках своего целебного религиозного мироощу-

щения

18. В "ТРАГИЧЕСКУЮ ТРИАДУ" ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО СУЩЕСТВОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ (В.ФРАНКЛ)

а) смерть

б) боль

в) творчество и смысл

г) вину

19. В "ПЕРВУЮ ТРИАДУ" ФРАНКЛА НЕ ВКЛЮЧЕНЫ

а) свобода воли

б) воля к смыслу

в) стремление к самоактуализации и страх смерти

г) смысл жизни

20. ВО "ВТОРУЮ ТРИАДУ" ФРАНКЛА ВКЛЮЧЕНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЦЕННОСТИ, ИСКЛЮЧАЯ

а) творчество

б) переживания

в) чувства вины и физических радостей

г) отношения

21. ИЗ ВСЕХ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ ВЫШЕ ВСЕХ ЦЕННОСТИ (В.ФРАНКЛ)

а) отношения

б) творчества

в) чувства вины

г) физических радостей

д) переживания

22. САМЫЙ ГЛУБОКИЙ ИЗ ВСЕХ ВОЗМОЖНЫХ СМЫСЛОВ - СМЫСЛ (В.ФРАНКЛ)

а) творчества

б) ответственности

в) помощи другому

г) сострадания

д) неизбежного страдания

23. НАУЧИТЬ ЦЕННОСТЯМ (В.ФРАНКЛ)

а) возможно

б) нет, ценности можно узнать

в) нет, ценности нужно проживать

г) нет, ценности следует приобрести

д) нет, ценности надо анализировать

24. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВАКУУМ - ЭТО (В.ФРАНКЛ)

а) болезнь бессмысленности

б) психологические трудности

в) определенный вид патологического эмоционального расстройства

г) не психическое расстройство, а духовное страдание; событие в нооло-

гическом пространстве

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила мамы под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу.

**Вопросы:**

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

**Ответы:**

1. *Скорее всего, нервная анорексия. Нервная анорекси́я — расстройство приёма пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. Чаще встречается у девушек. Многими специалистами признаётся разновидностью самоповреждения. При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искажённое восприятие своей физической формы и присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такого в действительности не наблюдается. Нервная анорексия в первую очередь связана со страхом набрать вес с одной стороны и с ощущением пониженной самооценки - с другой. Анорексия берется на вооружение девушками как радикальное, сильнодействующее средство для похудания. И главное, не требующее никаких затрат. Все, что необходимо сделать — отказаться от еды. В основе нервной анорексии, как и других расстройств пищевого поведения, лежат психосоциальные проблемы, точнее комбинация социальных, индивидуальных и семейных факторов. Пищевые расстройства олицетворяют собой бессознательную борьбу внутренней индивидуальности человека, его представления о самом себе в социуме и проблем, которые часто вытекают из травмирующего жизненного опыта и моделей социализации.*
2. *Чувство ревности.*
3. *Потребность в любви, заботе со стороны родителей.*
4. *Чувство злости на родителей и чувство вины за эту злость. Также отсутствие близких друзей и, как следствие, концентрация внимания на родителях. Вероятно, у девочки имеется комплекс неполноценности.*
5. *Нервная анорексия относится к классу V (F) заболеваний по МКБ -10 «Психические расстройства и расстройства поведения», а именно к блоку F50-F59 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».*

**Вопросы для подготовки:**

1. Нейролингвистическое программирование». Методические предпосылки создания НЛП-психотерапии
2. Основные методические принципы НЛП-психотерапии
3. Принципы корректного описания явлений психики в НЛП-психотерапии
4. Классификация технических приемов в НЛП-психотерапии (понятие о модальных системах, понятие о присоединении в НЛП-психотерапии, понятие интеграции проблемы и ресурса как основное звено терапевтических изменений, вербальные и невербальные признаки переживаемых событий)
5. Принципы построения психотерапевтического процесса в НЛП-психотерапии
6. Проверка эффективности психотерапевтического приема (экологическая проверка, техники простой и якорной интеграции ресурса, техника «Взмах» и ее разновидности)
7. Рефреминг содержания. Шестишаговый рефреминг. Рефреминг преодоления зависимости от значимого объекта
8. Трансовые техники. Технические приемы изменения «Линии времени». Технические приемы «быстрого выздоровления»
9. «Позитивная психотерапия Н.Пезешкиана».Методические предпосылки создания позитивной психотерапии Н.Пезешкиана (ППП)
10. «Краткосрочная позитивная психотерапия»
11. «Интерперсональная терапия Клермана и Вейсман».
12. Первый этап ППП как реализация принципа надежды. Позитивная интерпретация в ППП.Транскультуральный подход. Притча и ее основные психотерапевтические функции
13. Второй этап ППП как реализация принципа баланса (гармонизации).Четыре сферы жизнедеятельности человека и принцип баланса.Техника неформализованного выявления дисбаланса энергий.Предписания и планирование на втором этапе ППП.Понятие о первичных и вторичных способностях человека
14. Актуальный и базальный конфликты
15. Принцип консультирования в ППП. Дистанцирование. Инвентаризация. Вербализация. Расширение целей
16. Теоретические и методические предпосылки краткосрочной позитивной психотерапии (КПП)
17. Основные принципы КПП – опора на ресурс, позитивное подкрепление и позитивистский подход
18. Основные направления поиска ресурсов в КПП. Трехшаговая техника «Опора на прогресс». Трехшаговая техника «Фантазия о будущем»; роль благодарности в КПП. Техника «Знаки улучшения». Техника «Проблема как решение». Техника «Новое позитивное название»
19. Научно-теоретические предпосылки создания интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман
20. Общие принципы интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман
21. Характер взаимоотношений психотерапевта и пациента при проведении интерперсональной психотерапии Клермана и Вейсмана
22. Временные ограничения интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман
23. Начальная стадия психотерапии Клермана и Вейсман
24. Вторая стадия психотерапии Клермана и Вейсман. Проблемная зона «Реакция утраты». Проблемная зона «Межличностные конфликты». Проблемная зона «Смена социальной роли». Проблемная зона «Межличностный дефицит»
25. Разработка структурного плана психотерапевтических мероприятий для каждой проблемной зоны конкретного пациента
26. Создание оптимальной модели коммуникативного поведения
27. Осознание и отреагирование эмоциональных переживаний
28. Отработка модели коммуникативного поведения
29. Выработка умений преодоления стрессовых ситуаций
30. Актуализация эффективных копинг-стратегий пациента
31. Сочетание психотерапии и применения антидепрессантов
32. Третья стадия психотерапии Клерамана и Вейсман

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 7** *Техника и практика экзистенциально-гуманистической психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Позитивная психотерапия. Основные принципы и техники.
2. Трансперсональная психотерапия.
3. Терапия творческим самовыражением (М.Е.Бурно).

**Тестовый контроль**

1. СОГЛАСНО ОСНОВНОМУ ПОЛОЖЕНИЮ ЭТОГО ПОДХОДА, ЧЕЛОВЕК СВОБОДЕН ОТ ПРОШЛОГО ОПЫТА И ВНЕШНИХ ВЛИЯНИЙ, ОН МОЖЕТ СВОБОДНО ВЫБИРАТЬ СВОЕ БУДУЩЕЕ:
2. когнитивно-поведенческий
3. психодинамический
4. экзистенциально-гуманистический
5. системный
6. верно 1 и 3
7. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АВТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА:
8. Абрахам Маслоу
9. Карл Роджерс
10. Джон Боулби
11. Виктор Франкл
12. верно все, кроме 3
13. экзистенциально-гуманистическая традиция включает следующие направления:
14. клиент-центрированная терапия
15. рационально-эмотивная терапия
16. логотерапия
17. гештальт-терапия
18. верно все, кроме 2
19. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАНА ПРИЧИНА, ПО КОТОРОЙ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИИ НАЗЫВАЮТ ТЕРМИНОМ «ОПЫТНОЕ»:
20. оно объединяет ученых с богатым профессиональным опытом
21. концепции, относящиеся к этому направлению, основаны на личном опыте их авторов
22. представители этого направления придают большое значение непосредственным переживаниям человека, т.е. его непосредственному опыту
23. в рамках данного направления отдается предпочтение лабораторным опытам, а не изучению человека в реальной жизни
24. верно 2 и 3
25. ОПИСАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЧЕЛОВЕКУ КАК ЦЕЛОСТНОЙ И УНИКАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ, ИНТЕРЕС К СУБЪЕКТИВНОЙ (ЛИЧНОЙ) РЕАЛЬНОСТИ, К СУБЪЕКТИВНОМУ ОПЫТУ, ОПЫТУ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ («ЗДЕСЬ И ТЕПЕРЬ») КАК ОСНОВНОМУ ФЕНОМЕНУ В ИЗУЧЕНИИ И ПОНИМАНИИ ЧЕЛОВЕКА, ПОЛУЧИЛ НАЗВАНИЕ:
26. феноменологический
27. психоаналитический
28. системный
29. этологический
30. верно все, кроме 2
31. Психически здорового человека с точки зрения Л. Бинсвангера характеризует:
32. принятие ответственности за свою жизнь и свободный выбор
33. существование в любви с другим человеком (дуальный модус существования)
34. сбалансированное удовлетворение чувственных потребностей и эффективное перераспределение энергии либидо на решение социальных по своей природе задач
35. осознание неизбежности смерти
36. верно все, кроме 3
37. РОЛЬ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО ВАКУУМА – ОЩУЩЕНИЯ УТРАТЫ СМЫСЛА – В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ИЗУЧАЛ:
38. Фредерик Перлз
39. Ролло Мей
40. Виктор Франкл
41. Карл Роджерс
42. Абрахам Маслоу
43. А. Маслоу относил к первичным (врожденным) потребностям:
44. потребности привязанности и любви
45. потребности безопасности
46. потребность в самоуважении и уважении другими
47. физиологические потребности
48. верно 2 и 4
49. К группе базовых потребностей (по Маслоу) относится:
50. потребность в справедливости
51. потребность в истине
52. потребность в привязанности и любви
53. потребность в самодостаточности
54. потребность в осмысленности
55. К группе потребностей роста (по Маслоу) относится:
56. потребность в пище
57. потребность в безопасности
58. потребность в самоуважении и уважении другими
59. потребность в красоте
60. потребность в сне
61. В отношении метапотребностей (по Маслоу) верно:
62. метапотребности организованы иерархически (неравнозначны)
63. метапотребности связаны со стремлением актуализировать свой потенциал
64. метапотребности связаны с сохранением жизненных процессов, поисками комфорта и покоя
65. если метапотребности не удовлетворяются, то развивается состояние фрустрации и напряжения
66. верно 2 и 4
67. Оценку различных характеристик самоактуализации (в соответствии с концепцией Маслоу) можно провести при помощи этого опросника:
68. тест смысложизненных ориентаций (СЖО)
69. «Опросник личностной ориентации» Шострома
70. «Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)» Н.Я. Иванова и А.Е. Личко
71. цветовой тест Люшера
72. биографический опросник (BIV)
73. Характеристикой бытийной жизни (по Маслоу) является:
74. стремление удовлетворить существующий дефицит или требования окружения
75. рутина и однообразие
76. использование всех своих возможностей и способностей в полную силу
77. ощущение безопасности и удовлетворения
78. верно 3 и 4
79. Дзен - буддийская формула: «Когда я голоден, я ем когда я устал, я сижу когда я хочу спать, я сплю» соответствует этому понятию в концепции Роджерса:
80. конгруэнтность
81. неконгруэнтность
82. тенденция к актуализации
83. Я-концепция
84. верно 1 и 3
85. нормальную тревогу как «пропорциональную угрозе» и невротическю тревогу как «реакцию, непропорциональную угрозе», выделял:
86. Зигмунд Фрейд
87. Ролло Мей
88. Джон Уотсон
89. Джорж Келли
90. Грегори Бейтсон
91. По мнению Ролло Мэя, преодолеть тяжелую болезнь человеку помогает:
92. чувство личной ответственности за выздоровление
93. эффективные лекарственные препараты
94. творчество
95. медикаментозное снижение уровня тревоги
96. верно 1 и 4
97. Тип онтологической вины соответствующий Eigenwelt (по Мэю) обусловлен:
98. невниманием к потребностям собственного тела, отчуждением от него
99. неспособностью правильно понимать мир других людей
100. отрицанием своих возможностей, а также неудачами на пути их реализации
101. использованием других людей как инструментов для удовлетворения собственных потребностей
102. верно 2 и 4
103. Экзистенциальный вакуум (по В. Франклу) характеризуется:
104. переживаниями пустоты собственной жизни
105. утратой смысла жизни
106. переживанием себя как субъекта воздействия
107. верно все перечисленное
108. верно 1 и 2
109. А. МАСЛОУ НАЗВАЛ ГУМАНИСТИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ «ТРЕТЬЕЙ СИЛОЙ» В ПСИХОЛОГИИ, ИМЕЯ В ВИДУ КАК ПЕРВЫЕ ДВЕ:
110. Бихевиоризм и когнитивную психологию
111. Психиатрию и психоанализ
112. Бихевиоризм и психоанализ
113. Интроспективную психологию и бихевиоризм
114. Психиатрию и бихевиоризм
115. ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
116. Карл Роджерс
117. Альберт Эллис
118. Ирвин Ялом
119. верно все перечисленное
120. верно 1 и 3
121. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЛИЧНОСТИ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ:
122. совокупность когнитивных схем, с помощью которых происходит восприятие реальности
123. личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни
124. человек свободен от прошлого опыта и внешних влияний, он может свободно выбирать свое будущее
125. переживания, поведение, особенности психики отдельного человека во многом определяются особенностями его семейной ситуации
126. личность детерминирована бессознательными психическими процессами и ранними детскими переживаниями
127. В РАМКАХ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ:
128. принятие ответственности за свою жизнь и свободный выбор
129. существование в любви с другим человеком (дуальный модус существования)
130. сбалансированное удовлетворение чувственных потребностей и эффективное перераспределение энергии либидо на решение социальных по своей природе задач
131. осознание неизбежности смерти
132. верно все, кроме 3
133. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОДЕЛЕЙ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ К ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ:
134. клиент-центрированная терапия Карла Роджерса
135. гештальт-терапия Фрица и Лауры Перлз
136. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова
137. верно все перечисленное
138. верно 1 и 2
139. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕХНИК ПРИМЕНЯЕТСЯ В РАМКАХ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ПСИХОТЕРАПИИ:
140. аверсивная терапия
141. эмпирическая проверка («эксперименты») суждений
142. проигрывание семейных ролей
143. невербальные техники интеграции «Я» через тело
144. верно 1 и 4
145. ЭКЗИСТЕНЦИЯ – ЭТО:
146. все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент
147. подлинная жизнь, полная глубоких чувств, реализованных начинаний и собственных решений
148. устранение приятного стимула, следующее за нежелательным поведением
149. вовлечение в конфликт между двумя третьего как средства решения конфликта
150. концепция человека о том, что он собой представляет, которая включает те характеристики, которые человек воспринимает как действительную часть самого себя
151. верно 1 и 2
152. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ В ЧИС­ЛО ВЫДЕЛЕННЫХ И. ЯЛОМОМ «ДАННОСТЕЙ» СУЩЕСТВОВАНИЯ, ИМЕЮЩИХ ПРЯМОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПСИХОТЕРАПИИ:
153. неизбежность смерти человека и его близких
154. психофизиологическая база личности
155. свобода распоряжаться своей жизнью по соб­ственному усмотрению
156. абсолютное одиночество человека в мире
157. отсутствие в жизни готовых смыслов и значений
158. К ОСНОВНЫМ ПОНЯТИЯМ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ ОТНОСЯТ:
159. бытие-в-мире
160. соотношение фигура-фон
161. потребность в позитивном внимании
162. небытие
163. верно 1 и 4
164. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ КОНТАКТ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ:
165. консультант выполняет роль учителя, а клиент – ученика
166. личным отношениям консультанта с клиентом не придается значения
167. контакт «человек — человек», идентичный встрече двух равноценных людей «здесь и теперь»
168. консультант сохраняет личную анонимность, чтобы клиент мог свободно проецировать на него свой опыт отношений со значимыми людьми
169. верно 2 и 3
170. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ТЕСТИРОВАНИЕ ПРЕПЯТСТВУЕТ ПОДЛИННОМУ ПОНИМАНИЮ ЧЕЛОВЕКА, Т. К. ОРИЕНТИРОВАНО НА ВНЕШНИЕ КРИТЕРИИ, ПРИНАДЛЕЖИТ:
171. психоаналитикам
172. экзистенциальным консультантам
173. когнитивным консультантам
174. системным семейным консультантам
175. поведенческим консультантам
176. КАКОЕ ИЗ ЭТИХ ПОЛОЖЕНИЙ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ:
177. патология возникает из-за вытесненных в детском возрасте конфликтов
178. акцентируется позитивная природа человека — свойственное ему врожденное стремление к самореализации
179. основное внимание уделяется способности человека познавать свой внутренний мир, свободно выбирать свою судьбу, ответственности и поиску уникального смысла в бессмысленном мире
180. жизненные проблемы возникают из-за ошибочных убеждений
181. верно 2 и 3
182. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ОСНОВНЫМ ПЕРЕМЕННЫМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В РАМКАХ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА:
183. собственная конгруэнтность или аутентичность психотерапевта
184. внимание к проявлениям бессознательного – ошибочным действиям, оговоркам, очиткам, забыванию и пр.
185. эмпатия
186. безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие
187. нет неправильного ответа
188. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД:
189. концепция патологии, рассматривающая невроз как результат блокирования возможностей для самовыражения и самореализации, утраты спонтанности и аутентичности, духовного кризиса
190. желательные изменения в процессе психотерапии определяются как достижение непосредственности переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент
191. Задача № психотерапевта сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного
192. основной психотерапевтический метод – встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств
193. лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач—пациент или родитель-ребенок
194. В СИСТЕМЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:
195. суггестивная психотерапия
196. когнитивно-поведенческая психотерапия
197. нейролингвистическое программирование
198. экзистенциально-гуманистическая психотерапия
199. верно 2 и 4
200. К ОСНОВНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ САМОАКТУАЛИЗИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:
201. открытость для опыта
202. правильность поведения
203. личная ответственность
204. чувство собственного достоинства
205. все ответы верны

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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.

**Вопросы:**

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?

***Ответ:***

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.*

1. *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.*

**Вопросы для подготовки:**

1. Экзистенциальная философия Гуссерля, Хайдеггера, Сартра и Камю
2. Экзистенциальная психология Ясперса
3. Экзистенция – центральное понятие экзистенциальной психотерапии
4. Основные проявления человеческой экзистенции и экзистенциальные категории (смерть, свобода, ответственность, смысл, сверхсмысл и бессмысленность, страдание, одиночество, подлинность, любовь, время, самореализация)
5. Общение (коммуникация)
6. Представление о личности в экзистенциальной психотерапии
7. Способность к самосознанию
8. Способность к принятию решений и ответственности
9. Понимание своего существования
10. Способность и процесс самореализации и самотранцендентации
11. Причины и проявления остановки в саморазвитиии
12. Содержание понятия экзистенциальная психотерапия
13. Основные методы экзистенциальной психотерапии. Экзистенциальный подход Бинсвангера. Экзистенциальный подход Босса. Экзистенциальный подход Франкла. Экзистенциальный подход Мэй. Экзистенциальный подход Ялома. Экзистенциальный подход Бьюдженталя
14. Цели экзистенциальной психотерапии
15. Принципы проведения экзистенциальной психотерапии
16. Изучение человека в его проявлениях и поступках
17. Реконструкция биографии
18. Анализ полученной информации
19. Представление о личности в теоретических воззрениях Франкла. Логотерапия Франкла.
20. Стремления человека к смыслу
21. Понятие «экзистенциальной фрустрации»
22. Понятие о нозогенном и психогенном неврозе
23. Метод парадоксальной интенции при его применении в логотерапии

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 8** *Техника и практика клиент-центрированной психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Системно-феноменологическая психотерапия в России.
2. Техники клиент-центрированной психотерапии.
3. Представители клиент-центрированного подхода в психотерапии (К.Роджерс, А.Эллис, Ф.Перлс и др.)

**Тестовый контроль**

1. ПОНЯТИЕ «Я-КОНЦЕПЦИИ» РАЗРАБОТАЛ:
2. Абрахам Маслоу
3. Джон Боулби
4. Ролло Мей
5. Карл Роджерс
6. Аарон Бек
7. КАКИЕ ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СОЗДАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ (по К. Роджерсу):
8. эмпатия
9. безусловное уважение к клиенту
10. уравновешенность (спокойствие)
11. искренность (конгруэнтность)
12. верно 3 и 4
13. ЭМПАТИЯ – ЭТО:
14. способность консультанта чутко и тонко реагировать на переживания клиента, словно это его собственные переживания, «вжиться» в субъективный мир клиента
15. качество бытия в ситуации и в отношениях, в которых человек глубоко внутри себя стремится участвовать настолько полно насколько способен
16. подлинность, способность к осознанию и выражению собственного опыта неискажённым
17. повторение в отношениях с консультантом чувств и установок клиента, привычных в прошлом со значимыми людьми
18. ни один ответ не верен
19. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА В ОБЩЕНИИ ОТКАЗЫВАТЬСЯ ОТ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ РОЛЕЙ (ПСИХОТЕРАПЕВТА, ПРОФЕССИОНАЛА, ПЕДАГОГА, РУКОВОДИТЕЛЯ И Т. П.), ПОЗВОЛЯЯ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ПОДЛИННЫМ, СВОЙСТВЕННЫМ ТОЛЬКО ДАННОЙ ЛИЧНОСТИ МЫСЛЯМ, ЭМОЦИЯМ И ПОВЕДЕНИЮ (К. РОДЖЕРС), ЭТО:
20. фрустрационная толерантность
21. аутентичность
22. тревожность
23. эмпатия
24. аутизм
25. АУТЕНТИЧНЫЙ ЧЕЛОВЕК …
26. позволяет себе не знать все ответы на жизненные вопросы, если их действительно не знает
27. является самим собой как в своих непосредственных реакциях, так и в целостном поведении
28. открыто выражает собеседнику все, что чувствует и думает в данный момент
29. не ведет себя как влюбленный человек, если в данный момент чувствует враждебность
30. верно все, кроме 3
31. С точки зрения Роджерса в определении внешнего поведения человека ведущую роль играет:
32. половое влечение
33. ранние детские переживания
34. воздействие (стимулы) внешней среды
35. внутренняя система координат
36. верно 3 и 4
37. Роджерс выдвинул гипотезу о том, что все поведение человека вдохновляется и регулируется этим объединяющим мотивом:
38. тенденция к актуализации
39. стремление к безопасности
40. половое влечение
41. стремление к достижениям
42. верно 1 и 4
43. Дзен - буддийская формула: «Когда я голоден, я ем когда я устал, я сижу когда я хочу спать, я сплю» соответствует этому понятию в концепции Роджерса:
44. конгруэнтность
45. неконгруэнтность
46. тенденция к актуализации
47. Я-концепция
48. верно 1 и 3

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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.

**Вопросы:**

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?

***Ответ:***

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”.*

1. *Сифилис относится к социально-значимым заболеваниям, он может стать причиной неприятия и осуждения со стороны социума. Личностная незрелость (инфантильность) пациентки.*
2. *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.*

**Вопросы для подготовки:**

1. Научно-теоретические предпосылки создания клиент-центрированной психотерапии
2. Клиент-центрированная психотерапия Роджерса как вариант гуманистической психотерапии
3. Понятие «клиент» в клиент-центрированной психотерапии. Особенности контакта психотерапевта и клиента при проведении клиент-центрированной психотерапии
4. Понимание индивида, личности и среды в клиент-центрированной психотерапии
5. Понятие организмического оценочного процесса при взаимодействия организма со средой. Поведение и оценивание
6. Понятие «Я-концепции» в клиент-центрированной психотерапии и ее значении для индивида
7. Формирование самооценки при взаимодействии с социумом
8. Восприятия опыта индивидом. Причины искажения опыта индивида. Дезинтерция и отчуждение индивида и нарушения функционирования «Я»-концепции
9. Нарушении функции оценивания. Конгруэнтность и инконгруэнтность
10. Защитные механизмы в клиент-центрированной психотерапии
11. Условия психотерапевтического процесса. Психотерапевтический процесс как контакт двух индивидов. Пациент является неконгруэнтным в отношениях. Психотерапевт является конгруэнтным в отношениях. Психотерапевт безусловно положительно настроен по отношению к пациенту. Психотерапевт проявляет эмпатию к пациенту
12. Значение психотерапевтических приемов при проведении клиент-центрированной психотерапии
13. Основные приемы при проведении клиент-центрированной психотерапии (вербализация, использование молчания (молчаливое принятие), отражение эмоций, конгруэнтность проявлений психотерапевта)
14. Процесс психотерапии. Динамика поведения пациента в процессе психотерапии. Исход психотерапии
15. Развитие клиент-центрированной психотерапии в трудах Роджерса
16. Групповая клиент-центрированная психотерапия

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 9** *Техника и практика гештальт-терапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Гештальт-терапия. Показания и основные техники.
2. Фредерик Перлс – основатель гештальт-терапии.
3. Гештальт-терапия и игры – эксперименты.

**Тестовый контроль**

1. НАПРАВЛЕНИЕ, УТВЕРЖДАЮЩЕЕ ПРИОРИТЕТ СТРУКТУРЫ И ЦЕЛОСТНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ:
2. бихевиоризм
3. гештальт-психология
4. психоанализ
5. когнитивная психология
6. теория систем
7. В гештальт-подходе Перлсов основным фактором, препятствующим психологическому росту, является:
8. чувство онтологической вины
9. утрата смысла жизни
10. утрата чувства личной ответственности за свою жизнь
11. уход от осознания
12. расширение самосознания
13. Выражение «гештальт закрыт» (по Ф. и Л. Перлс) означает:
14. потребность актуальна
15. потребность удовлетворена
16. «неоконченное дело» из прошлого
17. потерю интереса к жизни
18. ничего из перечисленного
19. Психически здорового человека (по Ф. и Л. Перлс) характеризует:
20. накопление незакрытыхгештальтов
21. акцент на «там и тогда»
22. способность к саморегуляции и самоподдержке
23. следование ценностям, навязанным извне
24. верно 1 и 2
25. что из перечисленного относится к невротическим механизмам, препятствующим росту, которые описал ф. перлз:
26. интроекция
27. сублимация
28. конфлуэнция
29. верно все перечисленное
30. верно 1 и 3
31. Интроекция (по Ф. и Л. Перлс) – это:
32. уход от реального контакта, когда сохраняются только внешние атрибуты взаимодействия при отсутствии внутреннего содержания
33. невротический механизм, при котором эмоции, реакции, действия, предназначенные другим людям, меняют направление и обращаются к субъекту
34. утрата границы между «я» и «не-я», слияние с окружающим миром
35. приписывание окружающим своих собственных мыслей и чувств
36. безоценочное принятие чужих чувств, установок, мыслей
37. ЗАВЕРШЕННЫЙ ГЕШТАЛЬТ (ПО Ф. ПЕРЛЗУ) – ЭТО:
38. удовлетворенная потребность
39. неудовлетворенная потребность
40. завершенный образ, законченная картина или завершенное действие
41. верно все перечисленное
42. верно 1 и 3
43. РАЗРАБОТАННАЯ В РАМКАХ ПСИХОСИНТЕЗА ТЕХНИКА УСТРАНЕНИЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО ОТОЖДЕСТВЛЕНИЯ СЕБЯ СО СВОИМ ТЕЛОМ, ЧУВСТВАМИ, ЭМОЦИЯМИ, СОЦИАЛЬНЫМИ РОЛЯМИ И ПР. – ЭТО:
44. генограмма
45. рефрейминг
46. систематическая десенсибилизация
47. техника «пустого стула»
48. разотождествление
49. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПСИХОАНАЛИЗА:
50. опирается на представление о том, что корни проблем пациента находятся в прошлом, в его детстве
51. помогает пациенту развить самоосознавание
52. не предполагает тщательного исследования истории жизни клиента, интерпретации содержимого его подсознания
53. верно все перечисленное
54. верно 1 и 2

**Практические упражнения**

**Упражнение № 1 Осознавание и фокусирование**

Начальная цель гештальт-терапии – способствовать осознанию. Чем лучше Вы узнаете свое тело, свой ум и свое окружение, тем более Вы способны создавать живой, важный для себя опыт, и, таким образом, можете улучшать качество своей жизни, что позволит Вам, в конечном счете, принимать удовлетворяющие Вас жизненные решения. Это наше убеждение.

*Один мой личный опыт был особенно драматичен. Я принимал участие в гештальт-группе равных участников, то есть группе без лидера. Мы все были опытными терапевтами – и в этом было большое преимущество. Я вспоминаю эту сцену: лежу на полу, на спине и Алан, терапевт-биоэнергетик, много работающий с телом, трет мне грудь круговыми движениями. Я чувствую свою печаль и тоску. Но о чем?*

*Я начинаю что-то артикулировать. Звук появился из моего рта. Это был звук «Э». Я борюсь с этим состоянием, и, наконец, выходит: «Эй, Эй!». Я осознаю, что произношу имя женщины, которую я люблю. «Эй» - сокращенное от «Эйлин».*

*Наконец я выговариваю «Я хочу Эй!». Я плачу. Я стал осознавать мое желание быть с ней. Вскоре после этой ситуации я решил разойтись со своей женой. После 5 лет мучительной нерешительности я, наконец, осознал то, в чем я нуждаюсь и чего очень хочу, и я понял причину дискомфорта внутри себя.*

В гештальт-терапии терапевт долго работает, чтобы обеспечить осознавание клиента, Ваше осознавание. Давая ему обратную связь, он находится с ним в постоянном контакте и предлагает эксперименты с движениями тела, с голосовым паттерном и стилем, исследования, проясняющие взаимоотношения между ним и клиентом.

Хотя в гештальт-терапии существуют и другие задачи, к примеру, поддержать человека эмоционально и использовать все пути для улучшения межличностного контакта в окружающем его мире и так далее, они все подчинены цели осознавания. Где есть осознавание, появляется целостность.

Я предполагаю, что для человека невозможно тотальное осознавание, как и тотальное что-нибудь еще. И все люди до вступления в терапию уже имеют некоторую степень осознавания. Очевидно, мы не могли бы выжить без этого.

В гештальт-терапии мы нацелены на развитие осознавания, которое часто недостаточно развито. В некоторых областях жизни люди не могут улучшить свое осознавание и не могут быть в терапевтических ситуациях. Хороший путь начать этот процесс осознания – улучшения – спуститься к истокам проблем, к своим основам.

Мне нравится определение, данное Евгением Гендлиным в книге «Фокусирование». Он разделяет осознавание на 3 аспекта: осознавание ощущений, чувств, мыслей (или других мыслительных процессов, таких как фантазии, образы, воспоминания и т.д.). Он утверждает, что терапия идет успешно, когда клиент может соединить воедино ощущения, чтобы опознать чувства, связанные с ними, и соединить оба (ощущение и чувства) с ментальными процессами.

В*от пример разъединения этих аспектов функционирования – осознавания из моей жизни, из юности.* П*оздно, около 1 часа ночи. Шейла и я только что решили расстаться навсегда. Скорее, она сообщила мне, что все кончено между нами. Я привез ее домой, мы оба стоим возле моей машины. Она говорит: «Прощай» и идет внутрь дома. Внезапно я понимаю, что слышу чье-то рыдание.Я поражен: «Кто плачет?». Я был предельно заинтригован. Внезапно я ощутил, что лежу на земле: «Почему я на земле, как это»? Мгновение позже я осознал, что плачу я. Это Я. Невероятно, несколько мгновений я был, как бы точнее сказать, вне пределов досягаемости, не осознавал собственного плача, собственной печали, своего падения и своих мыслей относительно разрыва с Шейлой.*

*Другой пример, более светский, об интеграции трех базовых аспектов осознавания: восприятий, чувств и мыслей. Я сижу в зрительном зале на концерте маленькой авангардной музыкальной группы. Я стал осознавать некую напряженность в моей груди и беспокойство в конечностях: (ощущение). Я понял, что я напряжен и недоволен (чувства и эмоции). Я концентрирую свое внимание на том, что происходит в моей голове, где возникает мысль: «Я услышал все, что я хотел, и сейчас я немедленно хочу уйти». Что я и сделал.*

*Если бы я недостаточно осознавал, что происходит со мной, и продолжал сидеть там, где я был, испытывая дискомфорт, представляю себе, что Вы могли тогда увидеть.*

Я считаю технику фокусирования очень полезной в начале терапии, для того чтобы повысить или улучшить навыки осознавания. Мне также нравится использовать ее, когда клиент «застрял» (см. глава 9 «Застревание»). Если Вы читали книгу Евгения Гендлина «Фокусирование», Вы отметите некоторые небольшие различия между указаниями Гендлина и моими. Это действительно так, я несколько изменил его подход, так как эти изменения были для меня полезны. Подобным образом и Вы тоже можете сделать изменения в моей методике, которые покажутся более удобными для Вас. Здесь, конечно, нет ничего неприкосновенного. (Вы можете захотеть сделать это любыми другими экспериментами и упражнениями, предлагаемыми в руководстве).

Упражнения.

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

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

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

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

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

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

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

**Упражнение № 2 Язык вербальный и невербальный.**

«Лечение разговором» - это определение часто применяют в психоанализе и в психотерапии в целом. Гештальт-терапия, в том числе, также серьезно относится к языку, развивает осознавание через внимание к нему.

В названии этой главы указаны две формы языка, на которые мы будем обращать внимание. Вербальный язык – это коммуникация посредством слов. Очень важны слова, которые мы используем, так как они описывают наш способ бытия в этом мире. Чем больше мы будем наблюдать за своими словами, тем лучше станем осознавать себя.

Невербальный язык – это другой аспект говорения и звукоизвлечения, который имеет очень много разнообразных способов выражение. Это тон, интонационные краски голоса, его объем. Но есть звуки, непосредственно связанные с процессом говорения типа «кх», которые возникают, когда мы прочищаем голос, заикание и т. д. Есть звуки, не слова, которые предназначены для невербального общения: например, смех, мычание, свист, вздох, «уф» и т. д.

В этой главе мы не рассматриваем звуки, непроизвольно сопровождающие чувства, такие, как вопль и плач. Не рассматриваем мы и случаи с непроизвольной коммуникацией, которая выражается через положение тела, известная как «язык тела» (смотрите следующую главу).

Вербальный язык. Возможно, при работе с Вашим терапевтом он будет подчеркивать характерные способы, которыми Вы выражаете себя в реальной жизни. Вариации здесь бесконечны, так как каждый человек имеет собственный стиль. Мы проиллюстрируем здесь только несколько типов использования языка, которые наиболее часто встречаются: *уклонение, обезличивание, проглатывание (интроекция).*

Возьмем, к примеру, *уклонение.* В этом случае люди выражают свое мнение очень осторожно, неуверенно, со многими оговорками. Их любые выражения: «я предполагаю так», «я думаю так», «возможно», «вероятно». Это все хорошие слова и выражения, когда применяются уместно. Они становятся интересными в психотерапии, когда мы замечаем, что они используются избыточно или несоответственно.

*Обезличивание* относится к случаям, когда человек стремится отделить себя от своих чувств или выразить желание умозрительным способом. Относительно чувств мы можем услышать такие фразы, как «Гнев возник потому, что…», «Он заставил меня плохо себя почувствовать, когда он…» и «Было печально, когда…».

Ни одна из этих фраз не содержит прямого выражения чувств, таких как: «я сердит…» или «я почувствовал себя плохо, когда он…» или «я чувствовал печаль, когда он…».

Недооформленные желания, не присваиваемые мной, мне очень знакомы. Иногда я замечаю, что произношу фразы, типа: «Я предполагаю, приму душ сейчас» или «Я могу съесть это яблоко, если никто другой не хочет его», или «Я думаю, я пойду погулять». Отметьте дистанцию, которую я помещаю между собой и своими желаниями. Намного более конкретными могли бы быть высказывания «Я собираюсь сейчас принять душ» или «Я хочу это яблоко, кто-то еще хочет его», и «Я собираюсь на прогулку». Я заметил, что некоторые люди также используют такие вопросы: «Никто не хочет это яблоко?». Отметьте, что эти слова как бы пропускают простое и ясное: «Я хочу его».

*Интроекция* – это технический гештальт-термин, означающий понятие, представления, принципы, которые мы принимаем без реальной их проверки. Фриц Перлз представляет интроекцию в своей книге «Эго, голод и агрессия», используя пищевую метафору. Он говорит о голодании чего-либо без разжевывания, что потом находится внутри нас проглоченное, но не переваренное.

В языке интроекты обычно выражаются посредством слов «нужно» и «должно», которые применяют и к себе, и к другим. Чаще к другим, например: «Во время звучания национально гимна вы обязаны стоять», «Я действительно должен одолжить соседу мою газонокосилку», «Отцы должны платить за обучение своих детей», «Место жены должно быть в доме». Отметьте, что каждое из этих положений вызывает чувство вины (делает виноватым кого-то, иногда - говорящего). Если исследовать дальше, основой для «должен» оказывается некоторое неопределенное: «так говорят». Жизнь с понятием «должен» есть несчастная жизнь.

*Много лет одним из моих любимы «должен» было: «Мужчина должен платить за женщину». За обед, за кино. В течение нескольких лет после моего развода я встречался с разными женщинами и отмечал, что в понятии «должен» много мусора. Как-то одна женщина предложила, чтобы мы вместе пообедали. После обеда я попросил ее заплатить половину счета. Она рассердилась, и из-за этого мы поссорились. Другая женщина отказалась встретиться со мной во второй раз, когда я сказал, что не хотел бы платить за ее багаж. Со своей стороны, я осознавал, что я чувствовал себя безопаснее и значительнее, когда платил. Я обнаружил ожидания, главным образом, сексуальные, которые я держал в уме, когда платил. Посмотрите на изнанку «должен» и вы увидите изрядное количество вздора.*

Невербальный язык. Мы общаемся с помощью слов и голоса и различных звуков. Обычно мы не задаем вопросов о нашем звуковом стиле, но если кто-то делает замечание по этому поводу, мы можем почувствовать сильную угрозу.

Люди используют свои голосовые возможности и меняют интонацию по различным поводам. Голоса могут быть разными: громкими, мягкими, плаксивыми, решительными, писклявыми, серьезными, бормочущими и т. д.

*- «Прекрати бормотать, ради бога. Говори так, чтобы мы могли выслушать тебя!» - тысячу раз моя мать должна была говорить это.*

*- «Я не бормочу», - бормотал я в ответ.*

*Годами позже на групповой терапии мой психотерапевт предложил мне эксперимент. Поставив пустой стул, она произнесла: «Скажи это своему отцу». Я согласился. Через мгновение она прервала меня: « Ты осознал, что ты бормочешь?» И я понял, что мое бормотание как-то связано с отцом. Появился свет!*

**Упражнения.**

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

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

**Упражнение № 3 Тело и работа с телом**

Гештальт-терапия уделяет большое внимание телу, что полезно для терапевтического опыта (и не только для него). Эта глава посвящена обзору многочисленных методов работы с телом в гештальт-терапии.

Язык тела. Если в предыдущей главе мы обсуждали вербальное и невербальное общение, то сейчас обратите внимание на самовыражение посредством тела: лицевая экспрессия, движения рук, осанка, движения, положения некоторых или всех частей тела (эта тема хорошо разработана, и есть достаточно легко доступных популярных книг на эту тему).

Во-первых, давайте будем различать два вида языка тела: транзитный и хронический. Я отношу к транзитному общению меняющуюся, иногда моментальную реакцию, такую, как улыбка. Фиксированное, как бы «замороженное» выражение я понимаю как хронический язык тела. Но и здесь обычно имеется возможность изменения, так, к примеру, «замороженная» лицевая экспрессия только относительно «заморожена».

*В семидесятые годы - время моих «темных» лет - у меня над носом появились три вертикальные глубокие морщины около 2,5 см в длину. Фотографии этого десятилетия подтверждают это. В настоящее время я «выправил» свою жизнь (образно говоря), хотя эти линии eще существуют, но явно менее глубокие. Я могу воссоздать их и сейчас, морща свой лоб, но мне нужно приложить к этому усилия, принимая беспокойный вид. Поверьте мне, я достаточно беспокоился тогда и мое лицо, особенно в области лба, показывало это.*

У очень многих людей, благодаря их хронической реакции на условия жизни, на лицах как бы «выгравировано» четко фиксированное выражение.

И по другим частям тела можно заметить тот же процесс. Хрестоматийный пример из Дэвида Копперфилда. Достаточно вспомнить скромного Урию Хипа и его рабскую экспрессию, согнутую спину и руки, постоянно совершающие моющие движения.

Транзитная коммуникация отражает то, что происходит сейчас.

Когда я беспокоюсь о чем-то в какой-то определенный момент, я могу морщить лоб, то есть я делаю это сейчас, Это моя реакция на то, что случилось именно сейчас, а не хроническое отношение к жизни.

Во время Вашей сессии терапевт может предложить Вам отметить реакции вашего тела в процессе общения с ним, особенно когда они не совпадают с тем, что Вы говорите. Например: когда человек говорит рассерженным тоном и в то же время улыбается; или говорит дружеским тоном и сжимает кулаки; или может говорить, что спокоен, когда его пальцы быстро барабанят по столу.

Кроме того, существует *произвольно* осознаваемый язык тела и *непроизвольно* осознаваемый. В вышеприведенных ситуациях клиент может осознавать, что он улыбается, (сжимает кулаки, барабанит пальцами) или не осознавать это.

Если он осознает - одно терапевтическое включение: Как произошло, что Вы намеренно улыбаетесь мне, когда Вы сердиты на меня? Если не осознает - другое: «Вы знаете, что сердиты. Давайте, исследуем, как случилось, что Вы не осознаете, что улыбаетесь мне в то же самое время».

Итак, в терапии мы наблюдаем, что некоторые внутренние состояния тело в общении выражает своим языком: хроническим или транзитным, осознаваемым или неосознаваемым, произвольным или непроизвольным, посредством лицевой экспрессии, движения, позы.

**Упражнение № 3а Тело и работа с телом**

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

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

Пример фиксированных коммуникаций:

а) транзитные:

б) осознаваемые:

в) неосознаваемые:

г) произвольные:

д) непроизвольные:

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

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

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

воспринимать боль в груди как индикатор моего эмоционального состояния.

Если я чувствовал себя лучше, дыхание становилось легче.

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

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

**Упражнение № 3б Тело и работа с телом**

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

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

Биоэнергетические и другие техники, ориентированные на работу с телом.

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

**Упражнение № 3в Тело и работа с телом**

Отметьте, какой участок тела у Вас особенно напряжен, пальпируйте это место сами или пусть Ваш друг поможет Вам: сделать это. Посмотрите, что произойдёт.

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

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

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

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

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

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

**Упражнение № 3г Тело и работа с телом**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Упражнение № 3д Тело и работа с телом**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Научно-теоретические предпосылки создания гештальт-терапии психотерапии. Предпосылки гештальт-терапии Перлса. Гештальт-психология. Экзистенциализм
2. Психоанализ (теория Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала)
3. Феноменологический подход как основа гештальт-терапии
4. Поведение человека как повод для терапевтического изменения
5. Противопоставление феноменологического подхода каузальному подходу
6. Концепция гештальт-терапии. Перенос понятий «Гештальт», «Фигура» и «Фон» из области восприятия в область мотивации человека
7. Процесс развития личности как ритм формирования и завершения гештальтов. Принципы функционирования мотивационной сферы. Стремление к целостности
8. Уровни развития самости. Принцип саморегуляции человеческого индивида. Гармония, как «мудрость» тела. Стремления к реализации потребностей, наклонностей и способностей
9. Концепция невроза
10. Отказ от реализации собственных потребностей
11. Реализация «Я-концепции», созданной другими людьми
12. Ошибочное принятие «Я-концепции» созданной навязанными извне представлениями за истинное «Я»
13. Механизмы нарушений процесса саморегуляции. Интроекция. Проекция. Ретрофлексия. Дефлексия. Конфлюенция
14. Нарушение целостности личности, проявляющиеся в дохотомиях. Мужское-женское. Активное-пасивное. Зависимость-отчужденность. Рациональность-эмоциональность. Эгоистичность-бескорыстие
15. Другие варианты дихотомий. Типы внутренних конфликтов. Нападающий и защищающийся
16. Другие типы конфликтов. Пять уровней личностного роста. Уровень игр и ролей. Фобический уровень. Уровень тупика. Уровень имплозии. Уровень эксплозии
17. Общие принципы гештальт-психотерапии. Принципы проведения гештальт-психотерапии. Принцип «Здесь и сейчас». Принцип «Я-ты». Принцип «Субъективизации высказываний». Принцип «Здесь и сейчас»
18. Значимость саморегуляции
19. Побуждение к расширению осознания
20. Анализ способов избегания настоящего
21. Внимание на язык тела
22. Смещение с вопроса «почему» на вопрос «как»
23. Континуум сознания
24. Технические процедуры – эксперименты. «Диалог между частями собственной личности». Стимулирование высказывания собственных чувств. «Незаконченное дело». «Горячий стул»
25. Проективные игры. Выявление противоположного. Упражнения на воображение. Работа со сновидениями
26. Индивидуальная гештальт-терапия
27. Цикл-контакт при проведении индивидуальной психотерапии
28. Продолжительность индивидуальной психотерапии
29. Оценка эффективности индивидуальной психотерапии
30. Групповая гештальт-психотерапия
31. Развитие гештальт-терапии
32. Интегральная гештальт-терапия
33. Сочетания гештальт-терапии с методами и методиками каузальной психотерапии

**Модуль 4 Основные методы психотерапии**

**Тема 10** *Техника и практика психодраматической психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психодрама и её возможности в психотерапии.
2. Научно-теоретические предпосылки создания психодрамы.
3. Психодрама и семейная психотерапия.

**Тестовый контроль**

1. ИГРА (ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ), ПО ВОЛЬПЕРТУ, ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) моделирующей деятельности, воспроизводящей по принципу аналогии с

реальной действительностью придуманную, воображаемую, желанную действи-

тельность

б) обязательных условных обстоятельств

в) определенных правил

г) возможности переживать удачи, успех в борьбе

д) деятельности, в которой отсутствует переживание реальности создавшейся ситуации, постоянно отчетливое переживание условности

2. ПСИХОДРАМА (ПО МОРЕНО) - ЭТО

а) своеобразная импровизированная инсценировка, воспроизводящая взаи-

моотношения в той малой социальной группе, в которой пациент живет, работает

и не смог приспособиться, в виде драматического действия; инсценировка, в

которой пациент может поменяться своей ролью с кем-либо из участников группы

б) Фрейдовский психоанализ, воплощенный в игре

в) инсценировка, в которой играют роли только пациенты, а не актеры-профессионалы

г) инсценировка, в которой близкие, друзья, сослуживцы пациента игрового

участия не принимают, они только зрители

3. ПО ХОДУ ДЕЙСТВИЯ ПСИХОДРАМЫ (ПО МОРЕНО)

а) воспроизводится та или иная житейская ситуация, вызывающая обычно в

жизни у пациента невротическую реакцию

б) пациент все больше вовлекается в драматическое общение с присутст-

вующими

в) пациент в спонтанных высказываниях и действиях раскрывает свои пе-

реживания, страхи, делится мечтами и сновидениями

г) врач, актеры постоянно побуждают пациента к "спонтанным" высказыва-

ниям и действиям

д) все перечисленное

4. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА ПСИХОДРАМЫ МОРЕНО СЧИТАЕТ

а) душевное очищение, облегчение, катарсис

б) сублимацию вытесненного сексуального влечения

в) катаболизмус

г) анаболизмус

5.НЕДОСТАТКИ ПСИХОДРАМЫ МОРЕНО, ПО МНЕНИЮ ВОЛЬПЕРТА, ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) того, что психодрама, хотя и дает в лучшем случае выход подавленным

чувствам, не может все же перестроить отношения личности, те значимые связи

ее со средой, расстройство которых как раз и составляет сущность невроза

б) заблуждений Морено о "бессознательном" как основной и главенствующей

сфере человеческой психики

в) того, что "спонтанные" действия протагониста (основной источник це-

лительного действия) - есть, по существу, не вполне осознанные импульсивные

акты, отражающие динамику "бессознательного"

г) подмены понятия "социальная среда" понятием "малая группа"

д) того, что психодрама - подлинный театр, а лечение не должно быть театром

6. ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ЛЕМАНА СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТО

а) больные играют народные сказки, сами распределяют между собой роли и

в том числе роль режиссера - по терапевтическим основаниям

б) во время пауз между действиями происходит обмен мнениями об испол-

нении ролей под руководством врача и при этом нередко обнаруживается скрытый

патогенный конфликт

в) катарсическая разрядка здесь соверщается путем идентификации больным

своего "Я" с ролевым образом

г) на первый план выступает творческая активность группы, игра прибли-

жается к сценическому творчеству

д) все перечисленное

7.ОСОБЕННОСТИ ИМАГОТЕРАПИИ ВОЛЬПЕРТА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗАИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) идея метода - реабилитация больного через развитие его как личности

б) обязателен здесь курс углубленной индивидуальной психотерапии

в) завершающий этап протекает как реабилитационная работа лечебной

драматической студии

г) игровая психотерапия здесь перерастает в творческую, в искусство

создания художественных сценических образов

д) пациенты должны играть только положительных героев

8.ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ РЕЖИССЕРА-ПРОФЕССИОНАЛА В ИМАГОТЕРАПИИ ВОЛЬПЕРТА СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТО ОН

а) требует от пациентов точного воспроизведения определенного образа

б) работает по методу Мейерхольда

в) следит за психологической грамотностью исполнения

г) руководит гимнастикой, фехтованием, ритмикой, танцами, хоровым пением

д) правильно в) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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.

**Вопросы:**

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?

***Ответ:***

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.*

1. *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”.*

1. *Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение.*

*Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.*

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.

**Вопросы:**

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?

***Ответ:***

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.*
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.*

1. *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).*

**Вопросы для подготовки:**

1. Определение психодрамы. История создания психодрамы
2. Опыт спонтанного театра Морено как предпосылка создания психодрамы
3. Факторы лечебного действия психодрамы
4. Предоставление свободного выбора
5. Вовлечение пациента в исполнительскую деятельность
6. Возможность собственных импровизаций
7. Получение положительного подкрепления
8. Основные эффекты психодраматического воздействия
9. Преодоление защитных механизмов
10. Усиление эмоциональной вовлеченности
11. Изучение собственных проблем
12. Катартическое отреагирование
13. Техника психодраматического проигрывания
14. Выбор протогониста
15. Вхождение психотерапевта в роль режиссера (фасилитатора)
16. Помощники при проведении психодрамы: котерапевт и пациенты
17. Функции вспомогательного «Я»
18. Функция «зрителей» при проведении психодрамы
19. Организация сцены
20. Процесс проведения психодраматического проигрывания
21. Подготовительная фаза (разогрев)
22. Собственно драматическое действие
23. Обсуждение, предоставление обратной связи
24. Применение психодраматических процедур при применении методов психотерапии различной теоретической ориентации

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 1** *Психотерапия и психопрофилактика в клинике неврозов, связанных со стрессом и соматоформных расстройств*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Личностно-ориентированная психотерапия при неврозах.
2. Гипносуггестивная психотерапия при лечении невротических расстройств.
3. Психотерапия в соматической клинике.

**Тестовый контроль**

1. "ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА" - ЭТО (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1979)

а) важнейшая форма реакции сознания на перенесенную психическую травму

б) феномены типа "вытеснения", "сублимации"; средство спонтанного уст-

ранения психических травм

в) феномены типа "рационализации"

г) защита, проявляющаяся в виде особых форм взаимодействия, осознаваемых

и неосознаваемых психологических установок

д) правильно а) и г)

2. СУЩЕСТВО ПРЕДСТАВЛЕНИЙ РОЖНОВА О ВЗАИМОПОТЕНЦИРУЮЩЕМ СИНЕРГИЗМЕ СОЗНАНИЯ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО

а) сознание постоянно сдерживает "порывы" бессознательных влечений

б) бессознательное обычно идет навстречу сознанию и находится в непри-

миримых противоречиях с сознанием

в) сознание усиливает бессознательные влечения

г) бессознательное потенцирует сознание

д) правильного ответа нет

3.ЗАЩИТНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ "ВЫТЕСНЕНИЯ" ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ

а) депрессивным неврозом

б) неврозом навязчивых состояний

в) неврастенией

г) ипохондрическим неврозом

д) истерическим неврозом

4. ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ НЕВРАСТЕНИЕЙ ХАРАКТЕРНА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПО ТИПУ

а) "отрицания", "рационализации"

б) шизоидизации

в) "интеллектуализации"

г) "интермиссии", "агглютинации"

д) ничего из перечисленного

5.ОБСЕССИВНО - ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ ОБУСЛОВЛЕН (ПО МЯСИЩЕВУ)

а) противоречием между моральными принципами, личными привязанностями;

борьбой между желанием и долгом

б) борьбой между возможностями личности и завышенными требованиями к

себе

в) противоречием между стремлениями личности и претензиями личности

г) противоречием между завышенными претензиями личности и недооценкой

реальных условий

6. НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ ОБУСЛОВЛЕН (ПО МЯСИЩЕВУ)

а) борьбой между желанием и долгом

б) противоречием между стремлением и недооценкой требований окружающих

в) некритическим преобладанием требовательности к окружающим над тре-

бовательностью к себе

г) противоречием между возможностями личности и моральными принципами;

борьбой между чувством долга и личными привязанностями

д) ничего из перечисленного

7. МНОГОМЕРНОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

а) нездоровое стремление к личному успеху не соответствует реальным

возможностям индивида

б) нередко возникают противоречивые тенденции между желаниями и возмож-

ностями

в) внутриличностные конфликты достаточно очерчены

г) создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-

психического напряжения

д) наличиствуют различные варианты их сочетаний

8. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

а) данные рентгенологического исследования

б) все то, что удается получить с помощью биохимического исследования

в) все то же самое, что и субъективные жалобы больного

г) то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы; всю

массу болезненных, тягостных ощущений

9.ОСОБЕННОСТЯМИ ГРУППОВОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ (ПО СЛУЦКОМУ) ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

а) принципа индивидуального подхода к больному в групповом лечении пациентов; синдромологического анализа

б) оценки характерологических особенностей и клинической динамики сос-

тояния каждого члена группы

в) принципа клинического подхода как наиболее важного здесь, основного

принципа; "групповой клинической динамики"

г) преподавания пациентам элементов клинической психиатрии

д) все перечисленное

10. В ПРОЦЕССЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОЛЛЕКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО ЛИБИХУ) С ЦЕЛЬЮ СБЛИЗИТЬ БОЛЬНЫХ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ, КРОМЕ

а) поиска общего, типического у больных группы

б) создания приемов активного противодействия болезни (по Н.В.Иванову),

лечебной перспективы

в) анонимного обсуждения

г) "психотерапевтического зеркала"

д) приема "фигуры" и "фона"

11. МЕТОД "ИНТЕНСИВНОГО ПЕРЕВОСПИТАНИЯ" ПО ВЕНСАНУ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО

а) пациенты с навязчивостями много раз с воспитательной целью испытывают

на себе действие "парадоксальной интенции"

б) насильственными упражнениями с тягостными ощущениями пациент пытается

избавиться от навязчивостей

в) действие лечебного внушения сочетается с действием сильной болевой

дозы электрического тока и насильственными упражнениями

г) в процессе лечебно-спортивного перевоспитания навязчивости слабеют

д) причиняемая пациенту физическая боль (электрический ток, введение

эфира под кожу) смягчает боль депрессивную

12.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕМ ТРЕВОЖНОГО СОСТОЯНИЯ (ПО СЛУЦКОМУ) ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) внутривенного введения 0.1% раствора адреналина (до 1.0 мл)

б) применения волевого мышечного расслабления

в) тренировки по методу Танцюры и протрептической зарядки

г) самонаблюдения за выражением лица (отражает ли тревогу?)

13.ИПОХОНДРИЯ (ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ) - ЭТО

а) состояние, в центре которого стоят бредовые идеи о несуществующей у

пациента болезни

б) состояние душевной угнетенности с угрюмостью, неразговорчивостью

в) депрессия с ипохондрическими идеями

г) переживания по поводу не существующего у пациента заболевания

д) то же самое, что маскированная депрессия

14.ПРИ "НАВЯЗЧИВОЙ ИПОХОНДРИИ" ОБЫЧНО СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ

а) гипнотическое внушение

б) логически-информативное разъяснение, убеждение

в) прогрессирующая (прогрессивная) релаксация Джекобсона

г) методика парадоксальной интенции Франкла

д) протрептические приемы

15.ПРИ СВЕРХЦЕННОЙ ИПОХОНДРИИ ОБЫЧНО СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ

а) лечение катарсисом

б) авторитарно-наукообразное внушение

в) метод негативного воздействия (Данлоп) или интенсивного перевоспи-

тания (Венсан)

г) метод насильственных упражнений (Керер)

д) ни одно из перечисленных

16. КЛИНИЧЕСКОЕ СУЩЕСТВО МАСКИРОВАННОЙ, СОМАТИЗИРОВАННОЙ СУБДЕПРЕССИИ СОСТОИТ

а) в паранояльности ипохондрического содержания

б) в тягостных телесныхощущениях c фиксацией на них, душевной "прико-

ванностью" к ним; сенестопато-ипохондрических и вегетативных расстройствах -

переживаниях

в) в ипохондрических сверхценных идеях, навязчивых страхах, переживаниях

ипохондрического характера

г) правильно а) и в)

17.ПРИ НЕГЛУБОКОЙ (НЕСТОЙКОЙ) МАСКИРОВАННОЙ, СОМАТИЗИРОВАННОЙ СУБДЕП-РЕССИИ ОБЫЧНО СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ

а) ободряющие, внушающие светлую надежду беседы

б) методы интенсивного перевоспитания (Венсан)

в) методика парадоксальной интенции Франкла

г) гипносуггестивная терапия м арттерапия

д) правильно а) и г)

18.КЛИНИЧЕСКОЕ СУЩЕСТВО ИСТЕРО - НЕВРОТИЧЕСКИХ КОНВЕРСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СОСТОИТ В ПРЕВРАЩЕНИИ ДУШЕВНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ

а) в особые фобии истерической структуры

б) в истерические страхи - рыдания

в) в какие-либо функционально-соматические, телесные движения, расст-

ройства

г) в разнообразные ананкастические расстройства истерической структуры

д) в паранояльность истеро-ипохондрической структуры

19.ПРИ ЗАТЯНУВШИХСЯ ИСТЕРО-НЕВРОТИЧЕСКИХ КОНВЕРСИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ИНТЕЛЛИГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СУЩЕСТВЕННО ОБЫЧНО ПОМОГАЕТ

а) "широкое психогогическое наступление" с особым приемом "первичной

атаки" (Консторум)

б) гипносуггестивная психотерапия

в) внушение в бодрствующем состоянии

г) активный самогипноз Э.Кречмера

д) самовнушение по Куэ

20. НАВЯЗЧИВЫЕ РИТУАЛЫ - ЭТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ

а) определенные навязчивые движения, действия, которые необходимо выполнить, чтобы снять дискомфорт, чтобы "все было хорошо" и т.д.

б) определенные цепи болезненных сомнений

в) сложные навязчивости, могущие включать в себя фобии

г) сложные навязчивости, могущие включать в себя навязчивые опасения

д) все перечисленное

21. ГИПСОФОБИЯ - ЭТО

а) навязчивая боязнь одиночества

б) навязчивый страх высоты

в) то же, что и мизофобия

г) навязчивый страх внезапной смерти

д) навязчивое сомнение

22. ФОБИИ - ЭТО ВСЕГДА

а) навязчивые беспредметные страхи

б) страхи смерти

в) страхи невротического происхождения

г) деперсонализационные страхи

д) навязчивые страхи

23. НАВЯЗЧИВОСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ

а) при шизофрении

б) при циклотимии

в) при ананкостической психопатии

г) при болезни Пика и пресбиофрении

24. ИСТЕРИЧЕСКОЕ СУМЕРЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ - ЭТО

а) помраченное, функционально-суженное сознание; сомнамбулизм

б) глубокая деперсонализация

в) оглушенность

г) истерическое галлюцинирование и агрессивные взрывы

д) правильно а) и б)

25.ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СУДОРОЖНОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПРИПАДКА

а) отсутствием непроизвольного мочеиспускания в конце припадка

б) отсутствием нарушения сознания во время припадка

в) живой зрачковой реакцией на свет

г) отсутствием выраженных судорожных расстройств

д) высокой сексуальной напряженностью во время припадка

26. ОБЫЧНО СМЯГЧАЮТ ИЛИ УСТРАНЯЮТ ИСТЕРИЧЕСКИЙ МУТИЗМ ВСЛЕДСТВИЕ ИСПУГА

а) внушение в бодрствующем состоянии, гипносуггестивная терапия; эфирная

маска Свядоща

б) активный самогипноз Э.Кречмера

в) методика сократического диалога Рожнова

г) все перечисленное

д) правильно б) и в)

27.СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ В СЛУЧАЯХ ЗАФИКСИРОВАВШИХСЯ КОНВЕРСИВНЫХ ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПРИМИТИВНОЙ ЛИЧНОСТИ С РЕНТНОЙ УСТАНОВКОЙ

а) внушение в бодрствующем состоянии

б) гипносуггестивная терапия

в) протрептика

г) методика сократического диалога Рожнова

д) терапия творческим самовыражением

28. ДИСМОРФОМАНИЯ - ЭТО

а) стойкое патологическое убеждение в своей уродливости или в неправильных отправлениях своего организма; термин, предложенный М.Н.Коркиной

б) расстройство, при котором больные болезненно сомневаются в том, что,

например, ноги их достаточно длинные, нос достаточно прямой и т.д.

в) расстройство, при котором больные, например, подозревают (пока сами

не проверят, не убедятся в своей неправоте), что изо рта у них дурно пахнет,

что незаметно отходят у них газы и т.д.

г) термин, предложенный Э.Крепелином

29. ОСНОВНЫМИ МОМЕНТАМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО В.П.КОЛОСОВУ)

а) смягчение в психотерапевтических беседах ипохондрической фиксации

пациента на болезненных расстройствах

б) устранение страха перед бессонницей; смягчение аффективных расст-

ройств гипнозом-отдыхом

в) осознанием пациентом связи невроза с конфликтной ситуацией, породив-

шей его

г) исследование совместно с больным "ключевого" конфликта, вызвавшего у

данного человека (с его типологическими особенностями) в данной конкретной

обстановке хроническое состояние нервно-психического напряжения

д) правильно в) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

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

Ответ: 4

**Вопросы для подготовки:**

1. Клиническая классификации неврозов и статистическая классификация невротических расстройств по МКБ-10. Классификация связанных со стрессом и соматоформных расстройств
2. Неврозы: Этиология, патогенез, механизмы психической травмы, особенности патогенных конфликтов
3. Клиническая диагностика при неврозах и связанных со стрессом расстройствах
4. Концепция невроза по В.Н. Мясищеву, Б.Д. Карвасарскому
5. Психотерапии при неврозах. Задачи, цели, механизм действия, основные процедуры
6. Соотношение индивидуальной и групповой психотерапии при неврозах
7. Механизм действия индивидуальной и групповой психотерапии при неврозах
8. Индивидуальная и групповая формы
9. Краткосрочная динамическая психотерапия при неврозах
10. Гипносуггестивная терапия при неврозах
11. Когнитивно-поведенческая терапия при неврозах
12. Использование гештальт-терапии, психодрамы, клинической трансперсональной терапии, арттерапии при лечении неврозов
13. Вспомогательные методы психотерапии при неврозах
14. Психологическая коррекция и психопрофилактика при неврозах
15. Стрессовые и постстрессовые расстройства. Психотерапия, психокоррекция и психопрофилактика в системе лечения стрессовых и постстрессовых расстройств
16. Заикание как проявление невроза (логоневроз). Психотерапия, психокоррекция и психопрофилактика логоневроза
17. Роль психотерапии в системе психопрофилактики поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами
18. Вопросы реабилитации больных неврозами и другими психогенными расстройствами
19. Психогигиена и психопрофилактика больных неврозами и другими психогенными расстройствами
20. Экспертиза больных неврозами и другими психогенными расстройствами

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 2** *Психотерапия и психопрофилактика расстройств зрелой личности и поведения у взрослых*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. История вопроса (клиника и лечение) специфических расстройств личности.
2. Гипносуггестивная терапия при лечение хронических изменений личности.
3. Групповая психотерапия в клинике хронических изменений личности.

**Тестовый контроль**

1.ЗАДАЧЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ЯВЛЯЕТСЯ

а) недирективное ориентирование активности группы; стимулирование группы

б) постоянный контроль над соотношением сплоченности и напряженности в

группе

в) являть собой образец поведения в групповой ситуации

г) способствовать усвоению пациентом навыков сотрудничества и взаимо-

помощи

д) все перечисленное

2.РАЗЫГРЫВАНИЕ РОЛЕВЫХ СИТУАЦИЙ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) вербальной формы групповой психотерапии

б) невербальной формы групповой психотерапии

в) приема, который может выполнять функцию поведенческого тренинга

г) приема, при котором пациент может разыгрывать роль жены, с которой в

конфликте, его же самого может играть психотерапевт

д) прием, при котором два пациента, стоя за спиной играющих, воспроиз-

водят их "внутренний диалог"

3. ПСИХОГИМНАСТИКА - ЭТА ФОРМА ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИ КОТОРОЙ

а) участники группы выражают эмоции только с помощью мимики

б) пациенты учатся понимать чувства, мысли без помощи слов и движений

в) пациенты выполняют различные упражнения, в том числе направленные на

развитие внимания и как невербально обратить на себя внимание группы

г) пациенты получают, в частности, пантомимические задания, выполнение

которых обсуждается всей группой

д) правильно в) и г)

4. ПРОЕКТИВНЫЙ РИСУНОК В ГРУППЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ЕСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ

а) для выявления в группе трудно объяснимых проблем, переживаний па-

циента

б) для выяснения, понимания пациентом его определенного характерологи-

ческого типа

в) для психотерапевтического изучения понимания пациентом характеров

других участников группы

г) при котором обсуждаются, в том числе, возникающие расхождения в ин-

терпретации рисунка группой и самим автором или который предоставляет допол-

нительный материал для дискуссии

д) правильно а) и г)

5. В ГРУППОВОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО СЛУЦКОМУ) ВОЗМОЖНО ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ УРОВНИ СЛОЖНОСТИ ЗАДАЧИ, КРОМЕ

а) первый уровень - отработка элементов коммуникативной деятельности

б) второй уровень - тренировка нарушенных функций

в) третий уровень - создание ориентированных на будущее устойчивых

адекватных форм взаимодействия с реальными объектами действительности, переоценка иерархиизначимых ценностей

г) четвертый уровень - самовыражение, самораскрытие, выявление эмпатии,

сопереживания; моделирование эмоционально напряженных фрустриррующих ситуаций, требующих максимального включения систем нервно-психической сферы

6. ПРИ ГРУППОВОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО СЛУЦКОМУ) В ОДНУ ГРУППУ, СОБЛЮДАЯ ПРИНЦИП ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ, ВОЗМОЖНО ВКЛЮЧИТЬ ПАЦИЕНТОВ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

а) неврозы, невротическое развитие

б) психопатии

в) вялотекущая (малопрогредиентная) шизофрения с неврозоподобными расс-

тройствами

г) резидуальная органическая неполноценность

д) все перечисленное

7. ПОКАЗАНИЯМИ К НАРКОПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) пониженная внушаемость пациентов и недостаточная их контактность

б) плохая гипнабельность пациентов

в) ослабленная способность строго логически трезво анализировать

г) слабость абстрактного мышления

д) правильно а) и б)

8. НАРКОПСИХОТЕРАПИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОБЫЧНО ПРИ

а) истерии с конверсивными расстройствами

б) неврастении

в) тревожно-фобических и тревожно-ипохондрических расстройствах

г) депрессивных расстройствах

д) всех перечисленных состояниях

9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ НАРКОПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) острый гепатит, цирроз печени, кахексия

б) ананкастическая конституция

в) астенизация

г) пожилой возраст

д) правильно а) и б)

10. НАРКОАНАЛИЗ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

а) при моторных и сенсорных истерических расстройствах

б) при сверхценных идеях ревности у эпилептиков

в) при психоастенических ипохондрических расстройствах

г) при частых взрывах у возбудимых психопатов

11. СЕАНСЫ НАРКОПСИХОТЕРАПИИ ПРОВОДЯТСЯ (ПО ТЕЛЕШЕВСКОЙ)

а) не реже 2 раз в месяц

б) в количестве от 1 до 3

в) таким образом, что каждый сеанс обычно продолжается 5-10 мин

г) таким образом, что вводят гексенал (или другой барбитурат) внутри-

мышечно со скоростью не более 1 мл в мин

д) таким образом, что вводят 10% или 5% раствор гексенала (0.1 г чистого

вещества)

12. В НАРКОПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СЕАНСЕ (ПО ТЕЛЕШЕВСКОЙ)

а) во время введения гексенала с больным поддерживается активная беседа,

ему предлагают считать до определенной цифры, а затем в обратном порядке

б) при дизартрии у больного следует немедленно закончить введение гек-

сенала, вынуть иглу, ввести кордиамин со строфантином и не проводить в этот

раз никаких внушений

в) во время введения гексенала врач внушает больному, чтобы он не бес-

покоился по поводу своего легкого головокружения, чувства расслабления

г) не следует многократно повторять отдельные формулы внушения

д) правильно а) и в)

13.СТАДИЯМИ БАРБИТУРАТОВОГО НАРКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ СТАДИИ

а) понижения общей активности и инициативы, эмоциональных сдвигов и ог-

лушения

б) сужения сознания

в) резкого возбуждения, гиперестезий и парестезий

г) правильно б) и в)

д) ничего из перечисленного

14. В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ НАРКОПСИХОТЕРАПИИ, КРОМЕ

а) наркогипноза

б) гипнонаркоза

в) метода многократных внутривенных вливаний гексенала

г) методики логико-психотерапевтических задач в обнубиляции

д) внушения на фоне неполного гексеналового наркоза

15. ПРИ ГРУППОВОЙ НАРКОПСИХОТЕРАПИИ (ПО ТЕЛЕШЕВСКОЙ)

а) формулы врачебного внушения даются на фоне мягкого лесного шума и

пения птиц, записанных на магнитофон

б) в психотерапевтической комнате распространяется запах сена и полевых

цветов

в) весь комплекс применяемых воздействий направлен на стимуляцию положительных эмоций; пробудившиеся больные отчитываются перед врачом о своем

состоянии

г) промежутки между формулами внушения заполнены звуками деревенского

утра

16.В ПРОЦЕССЕ НАРКОПСИХОТЕРАПИИ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ (ПО ТЕЛЕШЕВСКОЙ)

а) подготовительный и перестройки эмоционального состояния

б) увлеченности беседой с врачом

в) аутогенно-тренировочный

г) анализа конфликтной ситуации

17. ПРИ НАРКОКАТАРСИСЕ (ПО СВЯДОЩУ) НАБЛЮДАЕТСЯ

а) отреагирование оживленных психогенных переживаний, страх, отчаяние,

экспрессия

б) погружение в легкий гипноз вслед за введением гексенала

в) углубление гипноза введением гексенала

г) бурная эмоциональная реакция в виде остропсихотического страха с аспонтанностью

д) правильно б) и г)

18. КРИТЕРИЯМИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ГАННУШКИНУ)

а) врожденность патологических свойств личности; патология личности "без

начала и конца"

б) полная неработоспособность в декомпенсации

в) неспособность психопата к компенсации

г) способность конституциональной психопатии формироваться на почве

здорового преморбида под влиянием дурного воспитания

19. УЧЕНИЕ О ПСИХОПАТИЯХ В ГЛАВНЫХ ЧЕРТАХ СФОРМИРОВАЛОСЬ

а) в конце XVIII века

б) благодаря работам Гиппократа

в) в известной германской школе "психиков"

г) в известной германской школе "соматиков"

д) в начале XX века

20. СЕРЬЕЗНЫЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ УЧЕНИЯ О ПСИХОПАТИЯХ СДЕЛАЛИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ УЧЕНЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) Крепелина Э.

б) Мясищева В.Н. и Вейна А.М.

в) Суханова С.А.

г) Шнейдера К.

21.КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХОПАТИИ ГАННУШКИНА ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) патологичности свойств характера до степени нарушения социальной

адаптации

б) тотальности этих свойств

в) их стойкости

г) их приобретенности в результате хронического психического травмирования

д) их врожденности

22.В КЛАССИФИКАЦИЮ ПСИХОПАТИЙ (ПО П.Б.ГАННУШКИНУ) ВКЛЮЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НАЗВАНИЯ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ

а) шизоиды

б) параноики и циклоиды

в) эпилептоиды

г) неустойчивые

д) все перечисленное

23. В КЛАССИФИКАЦИЮ ПСИХОПАТИЙ (ПО Г.Е.СУХАРЕВОЙ) ВКЛЮЧЕНЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ

НАЗВАНИЯ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, КРОМЕ

а) шизоидов и циклоидов

б) аутичных (патологически замкнутых) личностей

в) психастенических личностей

г) органических психопатов

24. В КЛАССИФИКАЦИЮ ПСИХОПАТИЙ (ПО О.В.КЕБРИКОВУ) ВКЛЮЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НАЗВАНИЯ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ

а) возбудимые и тормозимые

б) органические

в) ананкастные

г) шизофреническая конституция

д) все перечисленное

25.ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПАРАНОЯЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) аффективно-аккумулятивная пропорция

б) психические автоматизмы

в) параноидный синдром

г) сенситивность и ипохондрический бред

д) ничего из перечисленного

26.ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) аггравация

б) анозогнозические расстройства

в) ипохондрический бред и бредовое восприятие

г) гедонистические переживания

д) ничего из перечисленного

27. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИСТЕРОИДНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) питиатизм

б) склонность к эстравертированным реакциям

в) экфорические расстройства

г) склонность к экспонации

д) алибидемия

28.ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АСТЕНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) истощаемость психики

б) выраженные вегетативные дисфункции

в) склонность к дереализационным расстройствам

г) ранимое самолюбие и переживание своей неполноценности

д) ничего из перечисленного

29. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОБСЕССИВНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) синдром болезненных сомнений

б) анксиозные расстройства

в) анальная эротика

г) ананказмы

д) ничего из перечисленного

30. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ШИЗОИДНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) схизис

б) нарциссические переживания

в) диатетическая пропорция

г) экзистенциальное напряжение и стаз отрицательных эмоций

д) ничего из перечисленного

31.СУЩЕСТВО КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮБОМУ ЭПИЛЕПТОИДНОМУ ПСИХОПАТУ, СТРЕМЯЩЕМУСЯ К ЛЕЧЕНИЮ, СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ

а) указать ему на его врожденный нравственный дефект с категорическим

требованием нравственно перестроиться

б) с помощью особых психотерапевтических методик сделать прямолинейно-

инертное эпилептоидное мышление подвижным, живым, естественным; не выслуши-

вать пациента подробно, а требовать от него краткости в беседе и беспрекос-

ловного выполнения советов психотерапевта

в) помочь ему по возможности общественно-полезно реализовать свою пси-

хопатическую авторитарность; научить его хотя бы притворяться благодарным

людям за их помощь, притворяться участливым к переживаниям других

г) протептически "отрезвить" пациента

д) правильно б) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Современные теоретические представления о личностных расстройствах, современные теории психопатий
2. Определение понятий личностного расстройства, патологии характера, акцентуаций личности
3. Классификации в области клиники личностных расстройств
4. Клиническая классификация П.Б. Ганнушкина. Патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой. Физиологическая классификация О.В. Кербикова
5. Классификация нарушений личности у подростков по А.Е. Личко
6. Общепринятые, устоявшиеся типы психопатий по классификациям других авторов
7. Классификация личностных расстройств МКБ -10, их сопоставление
8. Сопоставление отечественной классификации психопатий и патохарактерологических развитий с расстройствами личности и поведения у взрослых по МКБ - 10
9. Динамика развития психопатий. Возрастная динамикаж. Компенсация и декомпенсация. Фазы. Реакции. Развития
10. Этиология и патогенез психопатий
11. Понятие о мозаичной психопатии
12. Роль наследственного фактора в происхождении психопатий
13. Концепция приобретенных психопатий О.В. Кербикова
14. Неправильные формы воспитания, лежащие в основе краевых психопатий
15. Психотерапия и другие виды лечения личностных расстройств
16. Общие принципы лечения психотерапии и психопрофилактики
17. Методы психодинамической психотерапии
18. Методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии
19. Методы гуманистической психотерапии
20. Психотерапия в комплексе с медикаментозной терапией
21. Лечебная тактика при декомпенсациях
22. Особенности лечения больных с зависимостями в сочетании с расстройствами личности
23. Дифференциальная диагностика и клиническая психологическая диагностика при расстройствах личности
24. Медико-педагогическая и социальная работа с пациентами, страдающими расстройствами личности
25. Профилактика расстройств личности
26. Трудовая и другие формы экспертизы расстройств личности

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 3** *Психотерапия и психопрофилактика в клинике психических и поведенческих расстройств в результате органического поражения ЦНС*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Гипносуггестивная терапия в клинике психических и поведенческих расстройств врезультате органического поражения ЦНС.
2. Аутогенная тренировка в клинике психических и поведенческих расстройств врезультате органического поражения ЦНС.
3. Психотерапия в комплексе лечебных мероприятий в клинике психических и поведенческих расстройств врезультате органического поражения ЦНС.

**Тестовый контроль**

1. ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ - ЭТО

а) истерическое сужение сознания с психогенной картиной слабоумия

б) приступ функционального инфантилизма

в) слабоумие на почве мерцающих сосудистых расстройств

г) то же самое, что пуэрилизм

д) истерический ступор с мутизмом

2. ПАРАНОЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

а) сверхценные идеи

б) первичный бред; обстоятельность мышления

в) псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма

г) навязчивую ревность

д) правильно в) и г)

3.ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАНОЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) выраженными аффективными расстройствами

б) нарастающими изменениями личности

в) усложнением вербальных псевдогаллюцинаций

г) бредовыми "озарениями" по временам

д) тактильным галлюцинозом

4. СИНДРОМ СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ НЕРЕДКО

а) при эпилепсии и эпилептоидной психопатии

б) при органической психопатии

в) при параноидной шизофрении

г) при старческом слабоумии

д) правильно а) и б)

5. ГАЛЛЮЦИНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) обильными галлюцинациями с помрачением сознания по суженному типу

б) галлюцинаторно-бредовыми расстройствами на фоне ясного сознания;

бредом преследования с онейроидными переживаниями

в) мягкими проявлениями психического автоматизма

г) речевым возбуждением с манерно-дурашливым поведением под влиянием

наплывов устрашающих галлюцинаций

д) ничего из перечисленного

6. ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ НЕРЕДКО ВОЗНИКАЕТ

а) при полной утрате зрения; в глубокой старости

б) у циклоидов в климаксе

в) при бредовой шизофрении и депрессивных психогенных реакциях у пси-

хастеников

г) у шизоидных психопатов при всякого рода неприятностях

д) правильно а) и б)

7. ТАКТИЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ - ЭТО

а) обилие гиперстезий функциональной природы

б) обилие гиперстезий органического происхождения

в) обилие парастезий функциональной природы

г) обилие парастезий органического происхождения

д) ощущение присутствия и передвижения в теле мелких живых существ с

обычной здесь убежденностью больного в реальности этих телесных паразитов

8. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) первичного бреда

б) бреда физического воздействия

в) вербальных галлюцинаций

г) явлений психического автоматизма

д) выраженных деперсонализационных расстройств

9. СИНДРОМ КАНДИНСКОГО - КЛЕРАМБО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗАИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) псевдогаллюцинаций

б) истинных слуховых галлюцинаций

в) бреда преследования

г) бреда воздействия

д) чувства овладения и открытости

10.СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИЙ АВТОМАТИЗМ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) тягостных сенестопатических расстройств с чувством, что невозможно от

них избавиться отвлечением, самовнушением

б) псевдогаллюцинаций обоняния

в) псевдогаллюцинаций вкуса

г) разнообразных тягостных ощущений с чувством специальной их вызван-

ности преследователями

д) полового возбуждения, урчания кишок, леденящего холода и т.д., выз-

ванных преследователями

11. ПРИ ОГЛУШЕНИИ

а) резко повышается порог для всех внешних раздражителей

б) говорят о замедлении душевной деятельности и об опустошении сознания

в) всегда есть растерянность

г) обычно обнаруживается бред

д) правильно а) и б)

12. ПРИ ОГЛУШЕНИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

а) возможна при внешних побуждениях мобилизация душевной деятельности с

ослаблением оглушенности

б) нет сонливости и апатии

в) нет утомляемости

г) нет аффективной лабильности

д) правильно а) и г)

13. ПРИ МУССИТИРУЮЩЕМ ДЕЛИРИИ ОБЫЧНО

а) отсутствуют реакции на внешние раздражения; возбуждение выражается в

однообразных хватательных движениях, снимании мнимых нитей, чего-то пристав-

шего к телу

б) ориентировка не нарушена

в) отмечается возбуждение, сказывающееся привычными профессиональными

действиями

г) возбуждение сопровождается тихим, невнятным бормотанием

д) правильно а) и г)

14. ПРИ АМЕНЦИИ

а) нет растерянности

б) невозможно целостное осмысление окружающего; речь бессвязна

в) интонация постоянно и бурно меняется

г) персеверации не бывает

д) правильно а) и в)

15. ПРИ АМЕНЦИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ДЕЛИРИЯ

а) характерны яктация, непрерывные подергивания, вздрагивания, вывора-

чивание всего тела и широкое раскидывание рук

б) могут возникать кататонические расстройства

в) галлюцинации отсутствуют

г) обнаруживается изменение самосознания (перевоплощение)

д) правильно а) и б)

16. К ТИПИЧНЫМ ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) дисмнезии

б) дисфории

в) нажитой эмоциональной слабости

г) нажитой раздражительной слабости

д) нажитой инертности мышления

17. РЕДУКЦИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА - ЭТО

а) эмоциональная тупость в соединении с жестокостью

б) астенизация

в) апатия, потеря всякой энергии с безразличием к этому

г) нужда в толчке извне вследствие уменьшения энергии

д) обнубиляция

18.ИСТЕРИЧЕСКОЕ ВЫТЕСНЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) стремлением казаться значительнее, глубже, интереснее, нежели есть на

самом деле

б) сомнамбулическим состоянием сознания

в) способностью вытеснять в сознание сексуально напряженные комплексы;

способностью вытеснять из бессознательного животный страх

г) способность не думать о том, о чем не хочется думать

д) ничего из перечисленного

19. ГЛАВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИ КОРСАКОВСКОМ СИНДРОМЕ - ЭТО

а) фиксационная амнезия, утрата памяти на события настоящего

б) глубокие дисмнестические расстройства

в) грубое расстройство элективной репродукции

г) избирательное ослабление ретенции

д) правильно в) и г)

20. ПРИ КОНФАБУЛЯТОРНОЙ СПУТАННОСТИ БОЛЬНЫЕ

а) могут быть дезориентированы в месте, времени и окружающих лицах

б) могут обнаруживать бессвязность мышления, но воспринимают правильно

конкретные вещи

в) обнаруживают нарушение непосредственного отражения вещей и явлений

г) нередко галлюцинируют

д) правильно а) и б)

21.ДЛЯ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) вялости

б) утомляемости

в) эйфории

г) иллюзий

д) ошибок суждения

22.ОСТРЫЙ МОЗГОВОЙ СИНДРОМ АМЕРИКАНСКИХ АВТОРОВ (BRAIN SYNDROM) ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

а) помрачением сознания

б) дезориентировкой

в) расстройством памяти

г) бессвязностью речи

д) всем перечисленным

23. ДИСМНЕЗИЯ - ЭТО

а) отсутствие памяти; потеря способности запоминать

б) выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бес-

сознательному состоянию, душевной болезни

в) утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окон-

чанием бессознательного состояния или другого расстройства психики

г) отсутствие памяти на текущие события

д) ничего из перечисленного

24. ПАЛИМПСЕСТ - ЭТО

а) ослабление памяти у пьяниц

б) нарушение элективной репродукции в алкогольном опьянении

в) фиксационная амнезия у наркоманов

г) грубое нарушение ретенции у деградированных алкоголиков; то же самое,

что псевдореминисценция у больных выраженной астенизацией

д) ничего из перечисленного

25. У больных с выраженной астенизацией обнаруживаются

а) рассеяное внимание, головные боли

б) раздражительная слабость

в) "усталость, не ищущая покоя"

г) непроизвольные чувственно яркие представления

д) все перечисленное

26. СЛАБОУМИЕ - ЭТО

а) совокупность определенных продуктивных психопатологических расст-

ройств

б) снижение, распад всех форм познания, резкая утрата критики к своему

состоянию, грубая нивелировка личности

в) расстройство, при котором возможна известная сохранность ядра лич-

ности, навыков поведения, личностных установок

г) расстройство, при котором встречается слезливость

д) правильно в) и г)

27. ПАРАЛИТИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) гипноманиакальностью

б) двигательной расторможенностью и расторможением низших влечений

в) преобладанием тупо-безразличного настроения

г) дисмнестическими явлениями

д) правильно а) и г)

28. ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ЛИЧНОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ

а) лакунарное слабоумие

б) дисмнестическое слабоумие

в) тотальное слабоумие

г) нивелировка личностных свойств

д) грубые нарушения памяти

29. СОСТОЯНИЕ СНИЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО УРОВНЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

а) оскудение личности; нивелировку личностных свойств

б) парциальное слабоумие

в) рудиментарные слуховые галлюцинации

г) тусклые иллюзорные расстройства

д) правильно в) и г)

30.ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКИХ ФОРМ БЛЕФАРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

(ПО В.Л.ГОЛУБЕВУ)

а) "корригирующие жесты"

б) надавливание на окологлазничные области, щеку, прикосновение к ней

уменьшает гиперкинез

в) парадоксальные кинезии

г) произвольное закрывание глаз уменьшает гиперкинезы; уменьшение ги-

перкинеза при пении, плаче, смехе

д) все перечисленное

31. ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПАРАЛИЧИ ЧАЩЕ ВСЕГО

а) возникают постепенно путем фиксации того или иного временного нарушения двигательной функции

б) дают иную ЭЭГ-кривую, нежели центральные органические параличи

в) возникают непосредственно после психотравмирующего воздействия

г) обнаруживается у психастеников

д) правильно в) и г)

32. ИСТЕРИЧЕСКИЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ МОГУТ

а) выражаться дрожанием всего тела

б) выражаться дрожанием отдельных частей тела

в) сочетаться с псевдоспазмом мышц, осуществляющих дрожание

г) исчезать во время сна и усиливаться при волнении

д) все перечисленное

33. ПРИ ИСТЕРИЧЕСКОМ АМАВРОЗЕ

а) бинокулярное зрение может оказаться сохранным; больные могут быть

убеждены в том, что абсолютно ничего не видят, но обнаруживают сохранность

зрительных восприятий (видят)

б) нет истерического мутизма

в) больные часто попадают (по причине амавроза) в опасные для жизни ус-

ловия

г) на ЭЭГ глаза больного не реагируют на свет

д) правильно а) и в)

34. ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ИСТЕРИЧЕСКОМ СУМЕРЕЧНОМ СОСТОЯНИИ ОБЫЧНО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СУМЕРЕЧНОМ СОСТОЯНИИ ОРГАНИЧЕСКОГО, ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

а) способностью легко включать врача, окружающих в переживаемую ими об-

становку

б) ответами на вопросы врача по ганзеровскому типу

в) отсутствием центрированности переживаний вокруг какой-либо идеи,

некоторой тяжеловесностью, оглушенностью

г) стойкой амнезией на время помрачения сознания, не устранимой и в

гипнозе

д) правильно а) и б)

35.ПРИ ПСЕВДОДЕМЕНЦИИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ СИНДРОМА ГАНЗЕРА, ОБЫЧНО

а) больше нарочитости, театральности, они ярче

б) больные обнаруживают растерянность, заторможенность, жалуются на

неспособность что-нибудь понять

в) не обнаруживается какая-либо психотравмирующая ситуация (угроза

благополучию)

г) психотическое расстройство возникает медленно

д) правильно а) и г)

36. ОРГАНИЧЕСКУЮ ПРИРОДУ СИМПТОМА ИСКЛЮЧАЕТ

а) возникновение его с помощью психотравмирующей ситуации

б) устранение его с помощью психотерапии

в) истерический склад личности, наличие в прошлом подобных симптомов,

считавшихся истерическими

г) устранение симптомов страхом или какой-либо приятной для пациента

обстановкой

д) ничего из перечисленного

37. ПОНЯТИЕ "ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА" ОХВАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА

а) механическое повреждение сосудов и оболочек мозга

б) всякое органическое нарушение больших полушарий мозга

в) органические повреждения костей черепа различного генеза

г) опухоль мозжечка

д) правильно а) и г)

38. ПРИ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

а) нет раны мягких покровов

б) не плвреждена твердая мозговая оболочка и кости черепа

в) не повреждено вещество мозга

г) может быть нарушена замкнутость внутричерепной полости

д) правильного ответа нет

39. ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЧЕРЕПА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ, КРОМЕ

а) непроникающих и проникающих

б) коммоции

в) контузии

г) компрессии

д) правильно б), в) и г)

40 ПРИ ТРАВМЕ ЧЕРЕПА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ (ПЕРИОДЫ) РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КРОМЕ

а) острого и острейшего

б) церебрастенического

в) реконвалесценции

г) отдельных последствий

д) всех перечисленных

41. В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ - РАССТРОЙСТВА, СВОЙСТВЕННЫЕ ВТОРОМУ ПЕРИОДУ МОГУТ

а) подвергнуться полной редукции с восстановлением здоровья

б) уменьшиться по интенсивности и объему

в) углубиться до энцефалопатии

г) сформироваться в стойкие резидуальные явления

д) правильно а) и б)

42. ПРИ ТИПИЧНОМ СОТРЯСЕНИИ МОЗГА

а) поражающая механическая сила воздействует на сравнительно небольшую

поверхность мозга

б) поражающая механическая сила чаще воздействует на конвекситатные

участки мозга

в) всегда непосредственно после травмы наличествует обнубиляция

г) развиваются стойкие органические очаговые мозговые изменения

д) в остром периоде преобладают общемозговые симптомы

43. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ АМНЕЗИИ, НАСТУПАЮЩЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, МОЖЕТ ЗАБЫВАТЬСЯ

а) момент самой травмы; дни и месяцы после травмы

б) недели перед травмой, дни и часы перед травмой

в) годы перед травмой

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

44. ПОСТОЯННЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЛЮБОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ

ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) астения

б) слабодушие

в) обилие соматических жалоб

г) выраженные вестибулярные расстройства

д) горизонтальный нистагм

45. ПРИ КОНТУЗИЯХ МОГУТ ОБНАРУЖИТЬСЯ

а) паралич мышц половины лица

б) скотомы и гемианопсия

в) симптом Кернига

г) алексия

д) все перечисленное

46. ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

а) первоначальное отключение сознания длится не более 1-2 с

б) последующего оглушения нет

в) ретроградной амнезии нет

г) может быть головная боль, головокружение, тошнота, рвота

д) все перечисленное

47. ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

а) ретроградная амнезия может охватывать события лишь нескольких часов

б) антероградной амнезии нет

в) отмечается в остром периоде отчетливая астения

г) может наступить в остром периоде сопор

д) постоянна фиксационная амнезия

48.ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ

а) на приступообразное головокружение

б) на головокружения, возникающие часто при перемене положения тела

в) на ритмический, меняющийся в интенсивности шум в ушах

г) на утренние затылочные головные боли, ощущение тяжелой, неясной го-

ловы

д) на все перечисленное

49.ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) парастезии в области лица

б) частого пробуждения с невозможностью снова заснуть

в) чувства собственной измененности

г) нарушения симультанного восприятия

д) явного замедления, затруднения мышления и речи

50.У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОБЫЧНО ЛЕГКО ВОЗНИКАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) ипохондрических реакций

б) фобических симптомов

в) страха смерти

г) повышенной фиксации на различных соматических расстройствах

д) беспечно-эйфорического отношения к своим соматическим расстройствам

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

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

Ответ: 3

**Вопросы для подготовки:**

1. Объем и содержание понятия «травматическая болезнь»
2. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы
3. Клинические проявления расстройств в результате травматического поражения. Неврозоподобные расстройства. Психопатоподобные изменения личности
4. Факторы, способствующие декомпенсации личности, страдающей травматической болезнью
5. Клиника. Течение. Дифференциальная диагностика. Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при травматической болезни
6. Психотерапия в комплексе лечения травматической болезни
7. Динамическая психотерапия травматической болезни
8. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия травматической болезни
9. Суггестивные методы психотерапии травматической болезни
10. Телесно-ориентированная психотерапия травматической болезни
11. Терапия искусством и творческим самовыражением больных с травматической болезнью. Другие виды психотерапии
12. Профилактика, роль психотерапии в реабилитации больных с травматической болезнью
13. Объем и содержание понятий «церебральный атеросклероз» и «церебральный артериосклероз». История учения об атеросклерозе
14. Роль отечественных ученых (А.И. Игнатовского, Н.Н. Аничкова, С.С. Халатова) в изучении этиопатогенеза атеросклероза
15. Этиология, патогенез. Инфильтративно-комбинированная теория возникновения атеросклероза
16. Клиника церебрального атеросклероза. Варианты и стадии течения. Особенности дифференциальной диагностики. Основные принципы лечения церебрального атеросклероза
17. Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при атеросклерозе сосудов головного мозга
18. Роль психотерапии в комплексном лечении атеросклероза
19. Реабилитация больных церебральным атеросклерозом
20. Психотерапия при реабилитации больных, перенесших инсульт
21. Психогигиена и психопрофилактика
22. Расстройства в результате внутричерепных инфекций: этиология, патогенез, клиника
23. Клиника расстройств в результате внутричерепных инфекций
24. Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика непсихотических расстройств в результате внутричерепной инфекции
25. Особенности дефицитарных расстройств: этиология, патогенез, клинические проявления
26. Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при непсихотических расстройствах в результате атрофических, дегенеративных мозговых нарушений и опухолей головного мозга
27. Клиника, этиология и патогенез расстройств непсихотического характера, возникших в результате соматических нарушений. Психотерапия в комплексном лечении
28. Дифференциальная диагностика расстройств непсихотического характера, возникших в результате соматических нарушений. Дифференциальная диагностика с неврозами. Дифференциальная диагностика с психопатиями
29. Психодиагностика, психокоррекция, психотерапия, реабилитация больных с непсихотическими расстройствами, возникшими в результате соматических нарушений
30. Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при органических нарушениях спинного мозга
31. Экспертиза в клинике неврозоподобных расстройств в результате органического поражения ЦНС

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 4** *Психотерапия и психопрофилактика в клинике шизофрении, шизотипических, бредовых и аффективных расстройств****.***

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Когнитивно-поведенческий подход к лечению шизофрении.
2. Психотерапия и фармакотерапия шизотипических расстройств.
3. Основные направления психотерапии аффективных нарушений.

**Тестовый контроль**

1. ПРИ ГРУППОВОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО СЛУЦКОМУ) В ОДНУ ГРУППУ, СОБЛЮДАЯ ПРИНЦИП ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ, ВОЗМОЖНО ВКЛЮЧИТЬ ПАЦИЕНТОВ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

а) неврозы, невротическое развитие

б) психопатии

в) вялотекущая (малопрогредиентная) шизофрения с неврозоподобными расс-

тройствами

г) резидуальная органическая неполноценность

д) все перечисленное

2. ТИМОГЕНИИ (ПО ГИЛЯРОВСКОМУ) - ЭТО

а) мягкие эндогенные расстройства настроения

б) расстройства, соответствующие эндореактивной дистимии Вейтбрехта

в) навязчивые глубинные желания спрятаться в безопасное место

г) тревожные, болезненные психопатические сомнения по поводу своего

соматического благополучия; сложные межличностные конфликты

д) ни одно из перечисленных

3. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ - ЭТО

а) чувство переживания собственной эмоциональной измененности

б) убежденность в том, что я уже не прежний, а другой человек

в) навязчивый страх потерять свою индивидуальность

г) то же самое, что гипсофобия

д) то же самое, что "бред двойника"

4. БРЕД - ЭТО

а) болезненное преувеличение реальных событий

б) всегда нелепое, странное толкование событий

в) идеи, содержанием своим всегда вытекающие из галлюцинаторных или ил-

люзорных переживаний

г) обман восприятия

д) убежденность в чем-то, не имеющая под собой логической посылки

5. КЛИНИЧЕСКОЕ СУЩЕСТВО ИСТИННОЙ НАВЯЗЧИВОСТИ В ТОМ, ЧТО

а) возникает, "находит" сама по себе, против воли пациента

б) ощущается, понимается пациентом как чуждое ему - в том смысле, что

это "чужое, не мое", возникающее как бы не во мне желание, мысль, страх и т.

д.; всегда нелепа своим содержанием

в) содержанием своим она чужда мироощущению пациента

г) к своей навязчивости у пациента всегда отчетливое критическое отно-

шение

д) все перечисленное

6.НЕРЕДКО НАВЯЗЧИВОСТИ СМЯГЧАЮТСЯ, УСТРАНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПРИЕМАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) беседы о нелогичности содержания навязчивого расстройства

б) методики парадоксальной интенции Франкла

в) терапии десенситизацией

г) метода негативного воздействия (Данлоп)

д) лечения катарсисом

7. КЛИНИЧЕСКОЕ СУЩЕСТВО СВЕРХЦЕННОЙ ИДЕИ СОСТОИТ В

а) том, что это есть не подтверждающаяся жизнью убежденность в чем-то

б) том, что это именно сомнение по поводу какой-то возможной серьезной

личной неприятности

в) паранояльной структуре идеи

г) прямолинейно-авторитарной психологически понятной переоценке какого-

то реального факта с убежденностью в своей правоте

д) сверхценно преувеличенном отношении страдающего сверхценными идеями к

способностям и достоинствам других людей

8. СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ ОБЫЧНО СМЯГЧАЮТСЯ ИЛИ УСТРАНЯЮТСЯ

а) методикой парадоксальной интенции Франкла или негативного воздействия

(Данлоп)

б) лечением катарсисом

в) авторитарно-наукообразным внушением

г) лечением гипнозом-отдыхом

д) ничем из перечисленного

9.КЛИНИЧЕСКОЕ СУЩЕСТВО БОЛЕЗНЕННЫХ (ПАТОЛОГИЧЕСКИХ) СОМНЕНИЙ СОСТОИТ

(ПО ГАННУШКИНУ)

а) в том, что эти сомнения нелогичны, психологически непонятны

б) в том, что они, по сути дела, есть навязчивое расстройство

в) в том, что они есть особая разновидность сверхценных идей

г) в том, что они по силе, по выраженности своей не адекватны вероятности какой-то значимой для человека опасности

д) в паранояльности их структуры

10.БОЛЕЗНЕННЫЕ СОМНЕНИЯ ОБЫЧНО СМЯГЧАЮТСЯ ИЛИ УСТРАНЯЮТСЯ

а) гипнотическим внушением

б) методикой парадоксальной интенции Франкла

в) прогрессирующей (прогрессивной) релаксацией Джекобсона

г) логически-информативным разъяснением, убеждением

д) протрептическими приемами

11.ПАЦИЕНТУ С ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННО-ДЕРЕАЛИЗАЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВОЗМОЖНО ПОМОЧЬ

а) императивным внушением в бодрствующем состоянии

б) разъяснением-убеждением

в) аутогенной тренировкой

г) терапией творчеством

д) эфирной маской Свядоща

12.ПРИ СВЕРХЦЕННОЙ ИПОХОНДРИИ ОБЫЧНО СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ

а) лечение катарсисом

б) авторитарно-наукообразное внушение

в) метод негативного воздействия (Данлоп) или интенсивного перевоспи-

тания (Венсан)

г) метод насильственных упражнений (Керер)

д) ни одно из перечисленных

13.ВЫРАЖЕННАЯ ОСТРОТА ПСИХОТИЧЕСКИХ ПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОБЫЧНО

ГОВОРИТ

а) о злокачественном течении заболевания

б) о подспудных конфликтных переживаниях - практически во всех случаях

в) о глубинных деперсонализационных нарушениях

г) об аутистичности пациента

д) о сравнительно неплохом прогнозе этих психотических расстройств

14. АНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ - ЭТО

а) депрессия с деперсонализационно-дереализационными расстройствами

б) то же самое, что ироническая депрессия

в) то же самое, что вегетативная депрессия

г) депрессия с переживанием внутреннего опустошения, утраты любви к

близким; депрессия с переживанием мучительного бесчувствия

д) правильно а) и г)

15. АЖИТИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ - ЭТО

а) депрессия с агрессивными тенденциями

б) то же самое, что метаморфопсическая депрессия или улыбающаяся деп-

рессия

в) то же самое, что синдром Котара

г) депрессия с аффективно-аккумулятивной пропорцией

д) ничего из перечисленного

16. ДИСФОРИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ - ЭТО

а) депрессия с нигилистически-ипохондрическим бредом

б) депрессия с идеями распада внутренних органов

в) депрессия с чувством страха и тревоги

г) то же самое, что слезливая депрессия

д) депрессия с переживанием смешанного чувства страха, злобы и тоски

17. ДЕПРЕССИЯ С ОБСЕССИЯМИ - ЭТО

а) разновидность психастенической депрессии

б) разновидность ипохондрической депрессии

в) то же самое, что анестеническая депрессия

г) то же самое, что anaesthesia psychica dolorosa

д) то же самое, что ананкастическая депрессия

18.ПОД МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПОНИМАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) то же самое, что латентная депрессия

б) то же самое, что ларвированная депрессия

в) депрессия, обнаруживающаяся прежде всего разнообразными соматовеге-

тативными расстройствами

г) депрессия с мучительной душевной болью

д) депрессия с мучительным ощущением в теле

19. МАНИАКАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

а) придирчивостью, раздражительностью, гневливостью

б) острым чувственным бредом преследования

в) острым фантастическим бредом, онейроидными расстройствами

г) галлюцинациями

д) всем перечисленным

20. К ВАРИАНТАМ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТНОСЯТСЯ

а) депрессивные

б) ипохондрические

в) навязчивые

г) психопатические

д) астенические

21. АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ НЕРЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

а) шизофрении, циклотимии, пресенильных психозах

б) органическом слабоумии

в) болезни Пика

г) Корсаковском психозе

д) правильно а) и г)

22.ПРИ ПАРАНОЯЛЬНО-БРЕДОВОМ ИПОХОНДРИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПОМОГАЮТ

а) дзэн-буддийский прием "коан"

б) двухколейный стандартный метод Э.Кречмера

в) терапия десенситизацией

г) рациональная психотерапия и гипносуггестивная терапия

д) ничего из перечисленного

23. ГЛАВНОЕ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНСКОЙ РАБОТЕ С ШИЗОИДОМ

а) помочь ему активированием, трудом сделаться более общительным, более

реалистическим человеком

б) экстравертировать шизоида для общественной пользы

в) помочь шизоиду применить общественно полезно его аутистичность

г) занятия аутогенной тренировкой, переделывающие характер

д) суггестией усилить общительность шизоида, его трезвый взгляд на жиз-

нь, склонность к разумным компромиссам

24.СУЩЕСТВО КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ШИЗОИДНОМУ ПСИХОПАТУ (С ПЕРЕЖИВАНИЕМ СВОЕЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ) СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ

а) постараться всячески в индивидуальных беседах и групповой работе

перестроить его аутистическое мышление в конкретно-реалистическое

б) помочь шизоиду непременно проникнуться каким-то аутистическим мис-

тическим учением

в) в "группах встреч" (Роджерс) помочь шизоиду сделаться общительнее,

откровеннее с людьми, увереннее в себе и довольствоваться в жизни обычным,

житейским, "как все люди"

г) в психоаналитических занятиях вскрыть причину шизоидной неуверенности

в себе как всегдашний зафиксировавшийся с детства страх перед отцом за эро-

тическое вожделение к матери

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

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

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. Современные классификации психозов, их соотношение со статистической классификацией психических расстройств (МКБ-10)
2. Основные психотические психические расстройства, этиопатогенетические факторы их возникновения, клинико-психологическая диагностика, терапия, психотерапия, психокоррекция и психопрофилактика
3. Шизофрения и шизотипические расстройства. История развития учения о шизофрении. Этиология. Патогенез. Клинические проявления шизофрении
4. Продуктивные психопатологические синдромы. Особенности негативных изменений
5. Типы течения шизофренического процесса, современная классификация по МКБ –10
6. Клинические проявления при атипичном течении шизофрении и шизофрении, осложненной алкоголизмом
7. Клинико-психологические аспекты дифференциальной диагностики при шизофрении и шизотипических расстройствах
8. Дифференциальный диагноз между шизофренией и психопатиями
9. Дифференциальный диагноз между шизофренией и невротическими расстройствами
10. Дифференциальный диагноз реактивных состояний при шизофрении и при других психических заболеваниях
11. Психотерапия в комплексном лечении шизофрении и шизотипических расстройств. Основные задачи психотерапии при лечении шизофрении
12. Предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации. Социальная активация и смягчение реакции больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением
13. Формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний. Потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения. Подготовка больных к выписке из стационара и профилактика явлений госпитализма
14. Основные подходы в психотерапии шизофрении. Индивидуальная, семейная и групповая формы психотерапии шизофрении. Терапевтическая среда и терапевтическое сообщество.
15. Комплексный (системный) характер психотерапии шизофрении. Система психотерапии при шизофрении с учетом ее задач
16. Психотерапия творческой активностью. Группы творческой активности и коммуникативно-активирующая психотерапи
17. Функциональная тренировка поведения. Коммуникативно-ориентированная психотерапия и проблемно-дискуссионная психотерапия
18. Раскрывающая психотерапия и методика свободных вербальных дискуссий. Другие подходы в психотерапии шизофрении.
19. Особенности психотерапии неврозоподобной и психопотоподобной шизофрении. Показания и противопоказания к проведению отдельных методов психотерапии в комплексном лечении неврозоподобной и психопатоподобной шизофрении
20. Возрастные особенности течения шизофрении, особенности психотерапии больных шизофренией различного возраста. Психокоррекция и психопрофилактика при шизофрении и шизотипических расстройствах
21. Аффективные нарушения. Современное состояние проблемы. История развития учения об аффективных расстройствах. Этиология и патогенез аффективных нарушений
22. Клиника аффективных нарушений. Клинические варианты МДП. Депрессивная фаза МДП. Маниакальная фаза МДП. Соматоформные нарушения при МДП
23. Клиническая картина циклотимии
24. Клинические особенности скрытой или ларвированной депрессии
25. Клинические особенности затяжной депрессии
26. Клинико-психологические концепции депрессии. Аналитические концепции депрессии. Взгляды на депрессию в классическом психоанализе (К. Абрахам, З. Фрейд)
27. аутоагрессии и самообвинений
28. Хрупкость самооценки, ее зависимость от внешних факторов, суровое Супер-Эго как основные характеристики депрессии в современном психоанализе (Джэкобсон, Кохут)
29. Аналитическая и интроективная депрессии
30. Интерперсональная концепция депрессии (Клерман)
31. Дефицит социальной поддержки как центральный фактор депрессии
32. Дефицит социальных ролей у больных депрессией, ролевая ригидность, дефицит социальных факторов
33. Когнитивная концепция депрессии (А. Бек). Когнитивные искажения при депрессии. Содержание когнитивных процессов, негативная триада. Специфика центральных убеждений больных депрессией.
34. Бихевиоральная концепция депрессии (Левинсон, Селигмен). Утрата способности к позитивному самоподкреплению. Приобретенная беспомощность. Основные поведенческие, когнитивные, аффективные и личностные мишени психотерапии депрессий
35. Клинико-психологическая диагностика при депрессивных расстройствах
36. Психотерапия в комплексном лечение депрессивных расстройств
37. Исследования эффективности психотерапии разных форм депрессий
38. Характеристика психодинамического, интерперсонального и когнитивно-бихевиорального подходов как наиболее эффективных
39. Динамическая психотерапия депрессивных расстройств
40. Интерперсональная психотерапия депрессивных расстройств (Клерман и Вейсман)
41. Когнитивная, когнитивно-поведенческая и когнитивно-аналитическая психотерапия депрессивных расстройств
42. Арттерапия, телесно-ориентированная терапия, танцевально-двигательная психотерапия как дополнительные формы психотерапии депрессий
43. Другие методы психотерапии, применяющиеся для лечения депрессивных расстройств
44. Преимущества психотерапии, комбинированной с медикаментозным лечением
45. Особенности психотерапии, психокоррекции и психопрофилактики аффективных расстройств
46. Клинико-психологическая диагностика при эпилепсии
47. Изменения личности при эпилептической болезни
48. Современные методы и средства лечения эпилепсии
49. Основные направления в психотерапии эпилепсии
50. Психокоррекция и психопрофилактика при эпилепсии
51. Экспертиза в клинике шизофрении, шизотипических, бредовых, аффективных расстройств и эпилепсии
52. Роль врача-психотерапевта и клинического (медицинского) психолога в экспертизе: трудовой, военной, судебно-психиатрической

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 5** *Психотерапия, психологическое консультирование и психопрофилактика в психосоматической и соматической клиниках*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Гипносуггестия в психосоматической и соматической клиниках.
2. Аутогенная тренировка в психосоматической и соматической клиниках.
3. Тренинги совладающего реагирования в психосоматической и соматической клиниках.

**Тестовый контроль**

1.СУЩЕСТВО "ОРТОДОКСАЛЬНОЙ ШКОЛЫ" ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СОСТОИТ ВО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (Ю.М.ГУБАЧЕВ И Е.М.СТАБРОВСКИЙ, 1981)

а) психоаналитического толкования влечений, душевных движений человека в

их отношении к соматической патологии

б) представления о сексуальном влечении, желаниях, стремящихся к своему

осуществлению, но встречающих на пути контролирующие душевные преграды и вс-

ледствие этого трансформирующихся в вегетативную патологию по механизму ис-

терической конверсии

в) представления о превращении вытесненных влечений, желаний в симво-

лически оформленную соматическую патологию

г) застойного душевного напряжения, "горящих" в душе конфликтов, которые

могут порождать функциональную вегетативную патологию; представления об

особой роли невроза как обязательной функциональной стадии соматических болезней

2.СУЩЕСТВО ТЕОРИИ "СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНФЛИКТА" ФРАНЦА АЛЕКСАНДЕРА СОСТОИТ В УБЕЖДЕНИИ, ЧТО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

(Ю.М.ГУБАЧЕВ И Е.М.СТАБРОВСКИЙ, 1981)

а) вегетативным, телесным выражением эмоционального напряжения вследст-

вие глубокого личностного конфликта

б) результатом вытесненного личностного специфического сексуального

конфликта

в) следствием того, что определенный, специфический личностный конфликт

порождает определенную, специфическую соматическую патологию

г) символической переработкой вытесненного и бессознательного конфликта,

что приводит к рвсстройствам в зоне произвольной иннервации

д) вытеснением конфликта в бессознательное, затрудняющим символическую

переработку его содержания, блокирующим возможность разрядки напряжения на

путях произвольной иннервации

3.СУЩЕСТВО ТЕОРИИ "ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ" Ф.ДАНБЕР - ЭТО УБЕЖДЕНИЕ В ТОМ,

ЧТО ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (Ю.М.ГУБАЧЕВ И Е.М.СТАБРОВСКИЙ, 1981)

а) связана прежде всего с определенным ортодоксально-психоаналитически

толкуемым типом (профилем) личности (оральным, анальным и т.п.)

б) обусловлена определенным конституциональным типом (профилем) личности

в соответствии с классической типологией личностей (Э.Кречмер, К.Леонгард)

в) тесно связана с биохимическим профилем личности, личностной, плато-

нической сексуальной неудовлетворенностью

г) тесно связана со специфическими личностными травмами в детстве

д) правильного ответа нет

4.К ОСНОВНЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ (В.Е.РОЖНОВ, 1985)

а) одухотворенного возбуждения и воздействия элементами этики Спинозы

б) стрессового гипноза

в) фанатизма цели

г) сократического диалога

5.В ОСНОВЕ СЛОЖИВШИХСЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

а) диалектико-материалистическое учение о болезни

б) физиология высшей нервной деятельности и достижения современной

нейрофизиологии

в) материалистическая психология и социология

г) педагогика

д) все перечисленное

6.В СЛУЧАЕ ИПОХОНДРИЙ С ВЫРАЖЕННЫМИ ВАЗО-ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОЛЕЗНО (ПО КОНСТОРУМУ)

а) разъяснить пациенту механизм его порочного круга, напоминая неустан-

но: тягостно, но не опасно

б) демонстрировать больным опыт Бэкона

в) научить пациента элементарной тренировке в покое (2-3 раза в день в

течение 20 мин с закрытыми глазами сосредоточиться на ощущении тепла в теле

и мышечной расслабленности)

г) применить АТ Шульца

д) все перечисленное

7.ПСИХОГЕННАЯ КРИВОШЕЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ КРИВОШЕИ ОРГАНИЧЕСКОЙ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) тем, что усиливается при волнении

б) тем, что усиливается при мышечном напряжении

в) тем, что обычно возникает непосредственно после психической травмы

г) особой, "каменной" силой напряжения мышц

д) постоянным легким дрожанием мышц

8. НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА В ОТЛИЧИЕ ОТ СОМАТИЧЕСКОГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) проходит во время сна

б) проходит при отвлечении внимания

в) проходит при волнении

г) проходит при физической нагрузке

д) правильно а) и б)

9.ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЛАРИНГОСПАЗМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) острого начала, связанного с психической травмой

б) поперхивания слюной или пищей как повода к развитию первого приступа

удушья

в) того, что он возникает преимущественно днем, не ночью

г) стенотического дыхания

д) сравнительно недолгой (1-2 мин) продолжительности приступа

10. НЕВРОТИЧЕСКАЯ ИКОТА ВОЗНИКАЕТ ОБЫЧНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ КАК

а) у образованных, интеллигентных людей

б) у людей с хроническими заболеваниями легких

в) у людей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта

г) в публичном месте

д) на почве нехватки воздуха, "перехватывания горла" при волнении

11.НЕВРОТИЧЕСКАЯ КАРДИАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

а) тупых, ноющих, колющих, пронзающих, пульсирующих болей

б) нерезких болей

в) болей чаще всего в области верхушки сердца, левого соска и прекар-

диальной области

г) болей в области сердца, сопровождающихся ощущениями "нехватки воз-

духа"

д) болей, возникающих вне связи с эмоциональным напряжением

12. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) аритмией

б) тахикардией; тягостными сердцебиениями в состоянии физического покоя

в) брадикардией

г) экстрасистолией

д) правильно а) и в)

13.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) повышения в основном систолического давления

б) боли в области сердца

в) тахикардии

г) подъема максимального давления выше 160 мм рт. ст.

д) отсутствия изменений на глазном дне

14.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) жалоб на тугую, давящую головную боль в височных и лобно-теменных

областях

б) жалоб на головокружение

в) склонности к ортостатическим коллапсам

г) бессонницы

д) лабильности пульса

15.ПРИ ПСИХОГЕННОМ КОЖНОМ ЗУДЕ ИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСОБЕННО ПОКАЗАНА (ПО А.И.КАРТАМЫШЕВУ)

а) рациональная психотерапия

б) внушение в бодрствующем состоянии

в) гипносуггестивная терапия

г) наркопсихотерапия

д) косвенное внушение

16.БОЛЬНЫЕ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДИСФАГИЕЙ ОБЫЧНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) легче глотают твердую пищу, нежели жидкую

б) испытывают ощущение сжатия, присутствия инородного тела при мысленном

представлении о еде, при наблюдении за едой других людей, ощущение нервного

жжения, нервной боли за грудиной

в) молодые мужчины

г) испытывают спазм преимущественно в области "рта" пищевода

д) правильно а) и б)

17.БОЛЬНЫЕ С НЕВРОТИЧЕСКИМ КАРДИОСПАЗМОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ЖАЛУЮТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) на болевые ощущения в подложечной области

б) на срыгивание пищей

в) на ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области

г) на чувство жжения в желудке

д) на чувство переполнения желудка

18.ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АЭРОФАГИИ ИМЕЕТ МЕСТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) человек заглатывает воздух в желудок

б) человек засасывает воздух в желудок

в) воздух отходит из желудка отрыжкой с неприятным запахом

г) возникает чувство стеснения в груди

д) возникает боль в эпигастральной области

19. ПО КЛАССИФИКАЦИИ Б.Ф.ТИЩЕНКО РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ НЕВРОТИЧЕСКОЙ РВОТЫ, КРОМЕ

а) рвоты преимущественно эмоционального генеза

б) произвольной рвоты

в) истерической рвоты

г) периодической рвоты

д) рвоты, возникающей по механизму индукции и подражания

20.ДЛЯ НЕВРОТИЧЕКОЙ ГАСТРАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) чувство переполнения желудка и чувство жжения

б) возникновение боли в желудке в связи с приемом пищи

в) отсутствие полиморфности ощущений со стороны желудка

г) ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области

д) правильно а) и г)

21. ПРИ "КИШЕЧНЫХ КРИЗАХ" НАБЛЮДАЕТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) перистальтическое беспокойство кишечника

б) громкое урчание

в) метеоризм

г) позыв на дефекацию и на отхождение газов

д) все перечисленное

22.ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) отсутствие аппетита

б) сознательный отказ от еды

в) мучительная борьба с чувством голода

г) дисморфофобия

д) дисморфомания

23.ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ПОЛЛАКИУРИИ ХАРАКТЕРНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

а) наличие выраженных дизурических явлений в бодрствовании и во время

сна

б) неприятные ощущения в области промежности; навязчивые страхи не

удержать мочу в общественном месте

в) отсутствие позывов на мочеиспускание

г) то, что опорожнение мочевого пузыря сразу перед дорогой избавляет

пациента от соответствующих ощущений и страха перед дорогой

д) правильно б) и в)

24. Симптомами невротической полиурии являются (по Карвасарскому)

а) большой объем выпитой жидкости и большой объем выделенной мочи; на-

растающая общая слабость

б) задержка мочеиспускания

в) усиление аппетита

г) артериальная гипертензия

д) правильно б) и в)

25. Различают следующие клинические формы расстройства сна при неврозах,

кроме (по Карвасарскому)

а) пресомнических расстройств

б) укороченного сна из-за раннего пробуждения

в) диссомнии

г) неглубокого сна с пробуждениями

д) сомноленции

26. При лечении нарушений сна аутогенной тренировкой (по Свядощу)

а) внушаются различные "спокойные" образы

б) пациент внушает себе ощущения, возникающие при введении адреналина

в) применяется 4-е упражнение с глубокой мышечной релаксацией

г) применяется 1-е упражнение без последующего выведения себя из состояния покоя; вызывается релаксация, переходящая в сон

д) все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной Д., 16 лет. Дурашлив, пребывает в беспрерывном хаотическом движении, раздевается, хохочет, разбил окно, принимает вычурные позы, прислушивается и с кем-то разговаривает; говорит о том, что он – «сын Зевса», «принц Азербайджана», а врач – это его «Учитель из другого мира»; активно сопротивляется попыткам усадить его на постель, плюётся на санитара.

Вопросы:

1.Какие именно психопатологические симптомы наличествуют в расстройствах данного больного?

2.Какой психопатологический синдром является здесь основным?

3.Болезнь какого психопатологического регистра здесь можно предположить?

Ответы:

1.Психомоторное возбуждение, гебефренические и кататонические симптомы, негативизм, слуховые галлюцинации, бредовые мегаломанические идеи величия.

2.Синдром гебефренического возбуждения.

3.Расстройство шизофренического спектра.

**Вопросы для подготовки:**

1. Психосоматические заболевания и «психосоматическая медицина»
2. Психосоматические заболевания в современной статистической классификации расстройств (МКБ-10)
3. Характеристика симптомов при психосоматических заболеваниях: конверсионных симптомов, функциональных синдромов (органных неврозов), психосоматозов
4. Концепции психосоматической медицины с учетом комплексного соматопсихосоциального взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний
5. Этиологическая роль психологических и социальных факторов
6. Картина органического страдания, включающая внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи
7. Многофакторный способ, включая психогении, рассмотрения патогенеза всех заболеваний
8. «Теория специфических для болезни психодинамических конфликтов» Александера
9. Теория «десоматизации – ресоматизации» Шура
10. Модель «двухфазного вытеснения» или «двухфазной защиты» Митчерлиха
11. Психосоматические заболевания как болезн «готовности и выражения» по Векскуэллу
12. «Внутренняя картина болезни» (ВКБ), общемедицинский и психологический подходы
13. Факторы, влияющие на формирование и динамику ВКБ. Динамика ВКБ
14. Проблема психологической типологии ВКБ. Методические возможности психологического изучения ВКБ
15. Вопросы нозологической специфичности и ВКБ. Зависимость ВКБ от преморбидной личности, характера болезни, обстоятельств, в которых протекает болезнь
16. Психологические особенности психосоматических заболеваний
17. Патохарактерологические особенности личности психосоматического больного
18. Проблема алекситимии
19. Психосоматические характеристики и личностные особенности психосоматических пациентов
20. Проблема психологического типа поведения пациента с психосоматическими расстройствами
21. Основные виды психосоматических расстройств. Конверсионные симптомы
22. Функциональные синдромы. Психосоматические болезни (психосоматозы): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва 12-перстной кишки, некоторые эндокринные и аллергические заболевания
23. Соматопсихические заболевания (психические реакции на соматические заболевания)
24. Ларвированные депрессии
25. Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика психосоматических расстройств
26. Особенности психотерапии при психосоматических расстройствах
27. Работа с сопротивлением, с субъективной установкой больного к своей болезни
28. Отношения в диаде «врач-пациент»
29. «Дебютные ходы» психотерапевта, помощь пациенту в диалоге
30. Варианты поведения психотерапевта в работе с психосоматическим больным, коммуникативный резонанс, разъясняющая сила разговора
31. Определение и изменение ВКБ и патологической реакции личности на заболевание
32. Определение «вторичной выгоды» манифестации психосоматического расстройства
33. Определение пускового момента «деструктивного реагирования»
34. Формирование новых вариантов поведения и реагирования
35. Использование различных психотерапевтических методов в психокоррекции и психотерапии психосоматических заболеваний (суггестивных, гештальт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии и др.)
36. Особенности индивидуальной, семейной и групповой психотерапии
37. Психотерапия и фармакотерапия; психологические аспекты лекарственной терапии

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 6** *Психотерапия и психопрофилактика в суицидологии, в клинике посттравматических стрессовых и кризисных расстройств*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Неотложная психотерапия в клинике кризисных расстройств.
2. Телефон доверия в суицидологии.
3. Психотерапия депрессий.

**Тестовый контроль**

1.МЕТОДИКА "ПРОВЕДЕНИЕ ГИПНОЗА В "ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ ОБСТАНОВКЕ" (А.С.СЛУЦКИЙ) ПОКАЗАНА

а) для больных со страхом публичных выступлений

б) для женщин с боязнью забеременеть

в) для пациентов с канцерофобическими переживаниями

г) для страдающих "тайным" мазохизмом

д) ни в одном из перечисленных случаев

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Клиника кризисных состояний. Признаки (симптомы) различных кризисных состояний
2. Виды кризисных состояний. Тяжелая утрата и смерть, горе и скорбь. Смерть и умирание
3. Психология горя. Общие симптомы и фазы горя. Патологическое горе
4. Особенности работы с родственниками, перенесшими утрату
5. Формирование окружения и постоянного присутствия третьих лиц
6. Тактильный контакт и эмоциональное сопереживание с целью вызывания слез
7. Вызывание “любых” сильных чувств (злости, агрессии, ненависти и пр.)
8. Работа с иррациональным чувством вины: перенесение центра тяжести в реальность, формирование реальной вины
9. Работа, направленная на освобождение от связи с умершими, реадаптацию к окружающей реальности, формирование новых взаимоотношений
10. Работа по принятию горя и формирование свободы в проявлении чувств
11. Особенности работы с умирающими больными и их родственниками
12. Психология насилия. Сексуальное насилие. Проблема инцеста. Последствия сексуального насилия. Физическое и психическое насилие
13. Особенности клинической психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики лиц, переживших насилие
14. Возрастные и экзистенциальные кризисы, их отличие, этиопатогенез, течение и прогноз
15. Психопрофилактика, психокоррекция и психотерапия кризисных состояний
16. Особенности психотерапии при возрастных и экзистенциальных кризисах
17. Суицидологическая клиника. Психологический портрет суицидента, половые и возрастные особенности суицидов
18. Причины суицидального поведения. Динамика суицидального действия
19. Понятие антисуицидального барьера. Суицид как следствие соматического заболевания. Суицид как следствие кризисного состояния
20. Помощь при потенциальном или незавершенном суициде: психотерапия и психологическая интервенция
21. Субъективные причины суицида. Принятие суицидента как личности
22. Кризисная психотерапия: общие принципы проведения. Особеность применения техник активного слушания. Эмпатия и эмоциональная поддержка. Прямой расспрос о самоубийстве и его причине. Предложение конструктивных подходов. Вселение надежды
23. Оценка степени риска самоубийства
24. Индивидуальная, семейная и групповая кризисная формы психотерапии, принципы, методика, особенности работы с суицидантами
25. Клиника посттравматических стрессовых расстройств. Понятие стресса, острой и хронической психической травмы. Этиопатогенез ПТСР
26. Факторы, детерминирующие чувствительность человека к психическим травмам, влияние преморбидных особенностей на течение ПТСР и кризисных состояний. Стрессоустойчивость. Разновидность реакций на психическую травму
27. Прогноз и течение ПТСР. Хронические ПТСР. Осложнения ПТСР, комплексная травма
28. Особенности возникновения и течения ПТСР у детей и подростков
29. Специфика посттравматических стрессовых расстройств у жертв экологических, техногенных и военных катастроф, непосредственные и отсроченные психические реакции
30. Медико-психологическая реабилитация страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 7** *Психотерапия, лечебная педагогика и психопрофилактика в детском и подростковом возрасте*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Суггестивная психотерапия детей и подростков.
2. Семейная психотерапия детей и подростков.
3. Игровая психотерапия детских неврозов.

**Тестовый контроль**

1.СОГЛАСНО ИНФАНТИЛЬНО-СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕОРИИ НЕВРОЗОВ ФРЕЙДА У РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ, ВПОСЛЕДСТВИИИ ВОСПИТАНИЕМ ВЫТЕСНЯЕМЫЕ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ, КРОМЕ

а) сексуального влечения девочки к отцу

б) сексуального влечения мальчика к отцу

в) нарциссизма

г) гомосексуальных влечений

д) мастурбации

2.ПРИ НЕВРОЗЕ СТРАХА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ПО СВЯДОЩУ)

а) чувство тревоги и ужас

б) конкретный страх какой-то определенной катастрофы в жизни - смерть от

злокачественной болезни, инфаркта и т.д.

в) фобии

г) ипохондрический бред

д) правильно б) и в)

3.У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОМ СТРАХА ОБЫЧНО ОТМЕЧАЮТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) аффективная неустойчивость и ажитация

б) обнубиляция

в) тягостные ощущения в области сердца и эпигастрия с витальным оттенком

г) высокие цифры артериального давления

д) правильно а) и в)

4. К ЧАСТНЫМ ПРИЧИНАМ НЕВРОЗА СТРАХА ОТНОСЯТ (ПО СВЯДОЩУ)

а) психическое потрясение и конфликтные переживания

б) нейровегетативную дисфункцию, обусловленную торможением сексуального

возбуждения

в) сексуальную неудовлетворенность женщины (не наступает разрядки по-

лового возбуждения)

г) вегетативный криз, связанный с интоксикацией

д) все перечисленное

5. ДИЗОНТОГЕНЕЗ - ЭТО

а) нарушение развития плода в утробе матери

б) нарушение формирования личности в детстве

в) нарушение развития организма на любом этапе филогенеза

г) нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза

д) мягкая задержка развития (инфантилизм)

6. РЕТАРДАЦИЯ ПОНИМАЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК

а) асинхрония развития

б) поврежденное развитие

в) задержанное развитие

г) ментальная слабость

д) искаженное развитие

7. СУЩНОСТЬ КОНЦЕПЦИИ КРАЕВЫХ ПСИХОПАТИЙ (ПО О.В.КЕБРИКОВУ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

а) вредоносное длительное воспитание с детства может сформировать пси-

хопатию

б) в процессе психической хронической длительной травматизации с детства

ребенок может приобрести патологию характера

в) психопатия практически не бывает врожденной

г) психопатия не бывает наследственной

д) психопатия не бывает конституциональной

8. Патохарактерологическое развитие - это (по Кербикову)

а) патология, порождаемая психогенным фактором

б) в сущности, психопатическое развитие

в) состояние, для которого характерна начальная стадия становления

психопатического склада личности

г) состояние, которое обычно включает в себя "препсихопатическое сос-

тояние"

д) все перечисленное

8. К НЕПРАВИЛЬНЫМ ФОРМАМ ВОСПИТАНИЯ, ЛЕЖАЩИМ В ОСНОВЕ "КРАЕВОЙ ПСИХОПАТИИ" НЕ ОТНОСИТСЯ (ПО КЕРБИКОВУ)

а) "гипоопека"

б) безнадзорность

в) воспитание типа "Золушка"

г) воспитание типа "Красная шапочка" и "Лев и собачка"

9. О.В.КЕРБИКОВ НЕ СОГЛАСЕН С ТЕМ, ЧТО

а) при психопатиях всегда имеется врожденная или рано приобретенная

"недостаточность нервной системы"

б) есть врожденные психопатии

в) есть "ядерные" психопатии

г) психопатические свойства личности отличаются тотальностью

д) психопатические свойства личности отличаются стойкостью

10.ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ

а) преобладанием интуитивно-аналитических психотерапевтических приемов с

учетом образного мышления пациентов

б) неразрывной связью психотерапии с психогигиеной

в) сравнительно большой ролью психотерапевтического отвлечения и перек-

лючения

г) сравнительно сдержанным отношением к психотерапевтическим культурно-

массовым мероприятиям

д) широким использованием психотерапевтического воздействия через свер-

стников

11.СУЩЕСТВЕННЫМИ ОТЛИЧИЯМИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

а) возможное принуждение подростка к лечению (в отличие от взрослого)

б) соблюдение позиции нейтрального лица - без обязательного (в случае

ребенка) сопереживания

в) остерегаться "заменить" подростку родителей (в психологическом от-

ношении)

г) стремиться ограничивать психотерапевтическое вмешательство каким-либо

одним методом; усиление директивного тона психотерапевта в случае выраженной

реакции эмансипации

д) ничего из перечисленного

12. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С РЕЖИМОМ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1979)

а) стационар и полустационар обслуживается разными медико-педагогичес-

кими коллективами; лечение начинается с дневного стационара

б) вариантами полустационара в отделении являются различные модификации

дневного стационара и ночной профилакторий

в) с самого начала психотерапевтического лечения разрешается посещать

свои старые школы

г) культпоходы в театры, кино, музеи устраиваются для всех больных от-

деления

д) правильно в) и г)

13.ГИПНОТИЧЕСКИЙ СОМНАМБУЛИЗМ С ПОСТГИПНОТИЧЕСКИМ ВНУШЕНИЕМ ОБЫЧНО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) у детей 4-5 лет

б) у детей 2-3 лет

в) у подростков от 10 до 13 лет

г) только начиная с юности

д) правильно а) и б)

14.ЧАЩЕ ВСЕГО ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ СУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) внушений во 2-й стадии гипнотического сна

б) внушение в бодрствующем или предсонном состоянии

в) сеансы удлиненного гипнотического сна по В.Рожнову

г) шоковый гипноз

д) правильно а) и г)

15.УДЛИНЕННЫЙ ГИПНОТИЧЕСКИЙ СОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) истерических и фобических реакций

б) затянувшихся невротических состояний

в) невротических развитий личности

г) вялотекущей шизофрении с неврозоподобными явлениями

д) правильно б) и в)

16. В СЛУЧАЕ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЭНУРЕЗА ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЮТСЯ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) аутосуггестия общеседативного содержания в сомноленции или в бодрст-

вующем состоянии

б) направленная на основное расстройство гетеросуггестия в сомнамбулизме

в) гетеросуггестия общеседативного содержания в сомноленции или бодрст-

вующем состоянии, побуждающая проснуться в момент позыва на мочеиспускание

г) аутосуггестия, побуждающая проснуться в момент позыва на мочеиспус-

кание

д) правильно в) и г)

17.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПНОЗОМ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ, ЧЕМ У ВЗРОСЛЫХ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) наступает глубокий сомнамбулизм

б) возникают серьезные осложнения в виде потери раппорта или в виде

тяжелых форм истерического гипноида

в) наступает переход гипнотического сна в физиологический

г) возникает стремление, чтобы лечили только гипнозом

д) правильно в) и г)

18.ВНУШЕНИЕМ ОБЫЧНО ОСЛАБЛЯЮТСЯ ИЛИ УСТРАНЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) реакции страха

б) нарушения сна

в) амавроза

г) диффузного чувства беспокойства, сосания языка и пальцев

д) правильно б) и в)

19.ВНУШЕНИЕ ОБЫЧНО НЕЭФФЕКТИВНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

а) при грызении ногтей

б) при мутизме

в) при афонии

г) при мастурбации

д) при энкопрезе

20.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВНУШЕНИЕ ОБЫЧНО НЕЭФФЕКТИВНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАССТРОЙСТВАХ

а) внутренний конфликт и невротические развития

б) бронхиальная астма

в) тики, зафиксированные функциональные расстройства

г) остропсихотические расстройства

д) правильно а) и г)

21. ВНУШЕНИЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ ИЛИ ДЕЙСТВУЕТ СЛАБО, ЕСЛИ РЕБЕНОК (ПО ЗАХАРОВУ)

а) не понимает его смысла

б) сильно возбудим

в) выраженно заторможен

г) астеничен вследствие чрезмерных перегрузок

д) все перечисленное

22. ИМПЕРАТИВНОЕ ВНУШЕНИЕ ПАРАДОКСАЛЬНО УСИЛИВАЕТ У ДЕТЕЙ ПСИХОМОТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОБЫЧНО В СЛУЧАЯХ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) слабого типа нервной системы или соматического ослабления

б) эпилептоидной психопатии

в) циклоидной психопатии

г) повышенного чувства ответственности

д) правильно а) и г)

23.ВОЗРАСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ВНУШАЕМОСТИ И ДЕЙСТВИЯ ВНУШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) частичный эффект от внушения в дошкольном возрасте

б) полный эффект - в подростковом возрасте

в) внушение у мальчиков эффективнее, чем у девочек

г) внушаемость у мальчиков выше, чем у девочек

д) внушаемость у девочек выше, чем у мальчиков

24.У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НИЗКАЯ ВНУШАЕМОСТЬ НЕРЕДКО (ПО ЗАХАРОВУ)

а) является следствием отрицательного отношения к врачу и лечению;

свидетельствует о ригидности психических процессов

б) обнаруживается в первые встречи с врачом

в) свидетельствует о гибкости, пластичности психических процессов

г) встречается лишь у мальчиков

25. ВОЗРАСТНОЙ ПИК ВНУШАЕМОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В (ПО ЗАХАРОВУ)

а) 5 лет

б) 7 лет

в) 10 лет

г) 12 лет

д) 3 года

26.ВНУШАЕМОСТЬ У СТРАДАЮЩИХ НЕВРОЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА (ПО ЗАХАРОВУ)

а) при истерическом неврозе

б) при неврастении

в) при неврозе навязчивых движений

г) при неврозе страха

д) при фобическом неврозе

27.ДЛЯ ПРОВЕРКИ ВНУШАЕМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОБЫ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) в позе Ромберга (процедура неврологического обследования) указывает-

ся, что потянет вперед

б) игровая методика "кегли"

в) суггестивное "чаепитие"

г) "игра в деревья" или "игра в охотника"

д) правильно а) и б)

28. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА СУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОБЫЧНО НЕ ПРЕВЫШАЕТ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) нескольких дней

б) недели

в) нескольких недель

г) нескольких месяцев

д) нескольких лет

29.ГИПНОТЕРАПИЯ ОБЫЧНО ПРАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВИМА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) 2 лет

б) 4 лет

в) 7 лет

г) 6 лет

д) 5 лет

30.ГЛАВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) выраженное биополе у гипнотерапевта

б) профессиональное умение и вера врача в успех дела

в) тонкое, подробное знание клинической картины

г) мягкость в характере врача

д) правильно а) и г)

31. ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ К ГИПНОЗУ (ПО ЗАХАРОВУ) НЕРЕДКО УКАЗЫВАЕТ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) тревожно-мнительных черт характера пациента

б) истерических личностных свойств пациента

в) паранойяльных черт характера пациента

г) страха заснуть и не проснуться или проснуться другим

д) страха отделения от матери

32.ГИПНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НЕЭФФЕКТИВНА (ПО ЗАХАРОВУ)

а) при невротическом развитии

б) при психастенических расстройствах и навязчивых страхах

в) при протопатической тревоге

г) при истерическом мутизме

д) правильно а) и в)

33.КАК МОЖНО БОЛЕЕ РАННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ШОКОВОГО ВНУШЕНИЯ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО (ПО ЗАХАРОВУ)

а) при гипнагогических галлюцинациях

б) при конфабуляциях

в) при невротическом заикании и респираторных тиках

г) при истерическом амаврозе

д) правильно в) и г)

34. ЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ ЭФФЕКТ, ЧЕМ ОТ ВНУШЕНИЯ НАЯВУ, НАБЛЮДАЕТСЯ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИПНОТЕРАПИИ (В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ) (ПО ЗАХАРОВУ)

а) при неврозах с вегетативными нарушениями и психосоматических забо-

леваниях

б) при психастении

в) при шизоидной психопатии

г) при ананкастической психопатии

д) ни при чем из перечисленного

35.АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) подростков с возбудимостью, аффективной несдержанностью и тревожно-

мнительными чертами характера

б) детей с врожденной безнравственностью

в) маленьких детей с заиканием

г) энкопреза

д) правильно б) и в)

36.СУЩЕСТВЕННОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ В ЗАНЯТИЯХ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКОЙ ИМЕННО С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) сокращенные сроки занятий

б) всегда - поза лежа

в) образность аутосуггестий

г) избегание релаксации

д) большой удельный вес гетеросуггестии или лишь одна гетеросуггестия

без аутосуггестии

37.ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС, ПРЕДЛОЖЕННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАИКАНИЕМ, ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ (ПО

КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) прогрессирующую релаксацию Э.Джекобсона

б) мышечную деконтрактацию и дыхательную гимнастику

в) самовнушение по Куэ

г) протрептику

38. РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ОТВЕЧАЕТ ВСЕМУ ПЕРЕЧИСЛЕННОМУ, КРОМЕ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) является ведущим психотерапевтическим методом при лечении детей

школьного возраста

б) смыкается с лечебной педагогикой

в) пользуется приемами переубеждения

г) пользуется приемами отвлечения

д) пользуется приемами перевоспитания

39. РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНА В БОЛЕЕ ИЛИ МЕНЕЕ ИЗОЛИРОВАННОМ ВИДЕ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) во всех случаях невротических расстройств

б) во всех случаях неврозоподобной шизофрении

в) во всех случаях психопатических расстройств

г) лишь в редких случаях - например, при наличии сверхценных идей ипо-

хондрического содержания или при реакциях протеста

д) правильно б) и в)

40.С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ, ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ, ДЕТСКОМ САДУ, ШКОЛЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) наборы рисунков Рене - Жиля

б) наборы рисунков Капустина

в) ТАТ и наборы рисунков Розенцвейга

г) тест визуальной ретенции Бентона

д) правильно а) и в)

41.СУЩНОСТЬ ПРИЕМОВ ПСИХОТЕРАПИИ РЕЦИПРОКНЫМ ТОРМОЖЕНИЕМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ И В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

а) происходит учашение патологического условного рефлекса в условиях

патогенной ситуации

б) различным навязчивостям с помощью врача как бы придается реальный

смысл, в который ребенок старается поверить

в) дети с врачом или педагогом начинают посещать те места, в которые не

могли ходить от навязчивого страха

г) с помощью какого-либо действия больной может прекратить то или иное

неприятное ощущение

д) ребенку предлагается войти в роль смелого, решительного человека с

целью преодоления тех или иных болезненных проявлений

42.ПРИ ИМАГОТЕРАПИИ (ПО ВОЛЬПЕРТУ) В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ БОЛЬНЫЕ

а) для борьбы с заиканием сжимают в трудное мгновение кулак, отбивают

ногой такт, напряженно думают о чем-то, не имеющем прямого отношения к данной

ситуации и к собственной речи

б) импровизируют в психотерапевтическом театре какую-то сцену, чтобы

разобраться в своих неосознанных актуальных проблемах

в) объединяются душевно-целебно с помощью механизма "теле"; проникаются

спонтанными "культурными консервами"

г) изучают свои характеры для того, чтобы применить себя в будущем в

соответствии со своим природным складом, врожденными особенностями

д) ничего из перечисленного

43.СЛАВСОН ВЫДЕЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

а) пациенты выполняют вместе какое-либо невербальное действие или со-

вершают какие-либо действия, требующие активного вербального контакта

б) дети и подростки изучают вместе элементы учения о характерах, чтобы

познать характеры друг друга, своих знакомых, близких и легче было бы ладить

друг с другом

в) члены группы переносят на кого-либо свои агрессивные тенденции, "от-

реагируют их"

г) члены группы участвуют в старинных обрядах (в народных костюмах),

целебно ощущая-обретая в себе свои национально-психологические корни-основы

д) правильно а) и в)

44. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЗМОЖНА, НАЧИНАЯ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) с 4 лет

б) с 6 лет

в) с 8 лет

г) с 10 лет

д) с 12 лет

45.ОСОБЕННО ЭФФЕКТИВНА ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) препубертатном и пубертатном возрасте

б) 3-5 лет

в) 6-7 лет

г) 10-11 лет

д) правильно а) и г)

46.ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) отсутствия желания пациента лечиться в группе

б) стойких конфликтов среди пациентов

в) сексуальных интересов у пациентов в отношении друг к другу

г) болезненной робости и болезненного стремления находиться в центре

внимания

д) нет правильного ответа

47. ВАЖНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ КОЛЛЕКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) совместные прогулки

б) посещение театров, музеев

в) анонимное обсуждение пациентами своих переживаний

г) воспитания у пациентов чувства лечебной перспективы

д) все перечисленное

48.С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ДИСКУССИЙ В ПРОЦЕССЕ КОЛЛЕКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЕМЫ, КРОМЕ (ПО

КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) беседы на свободные и терапевтические темы

б) создания взаимных психологических портретов

в) обсуждения достоинств и недостатков членов лечебного коллектива

г) обсуждения достоинств и недостатков главного врача диспансера или

больницы

д) методики незаконченных рассказов

49.В КОЛЛЕКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НУЖДАЮТСЯ ДЕТИ (ПО КОВАЛЕВУ И БУЯНОВУ)

а) с истерическим мутизмом

б) с психогенными навязчивостями и амаврозом

в) с энкопрезом

г) с острыми психотическими расстройствами

д) ни с чем из перечисленного

50.В ДЕТСКУЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГРУППУ ВКЛЮЧАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) примерно одной тяжести заболевания

б) примерно одного возраста

в) разного пола и с разными установками на коллектив

г) проходящие повторный курс лечения

д) нет правильного ответа

51.ПРОЦЕСС ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) объединения детей в группу

б) десенситизации

в) обсуждения

г) рассказов

д) игры

52.СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СЕМЕЙНОЙ, ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) 3 мес

б) 6 мес

в) 12 мес

г) 14 мес

д) 20 мес

53.СОВМЕСТНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ (УСЛОВИЯ) (ПО ЗАХАРОВУ)

а) обсуждение истории заболевания детей с отражением в этом семейных

проблем

б) в играх дети играют своих родителей, а родители играют роли других

родителей

в) ребенок не должен взаимодействовать в лечебной игре со своими роди-

телями

г) группа как целое никогда не должна выполнять роль "обвинителя"

д) правильно а) и б)

54. В ЛЕЧЕБНОЙ ИГРЕ С ДЕТЬМИ ДОЛЖНЫ СОБЛЮДАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА (ПО ЗАХАРОВУ)

а) в спонтанных играх есть богатая возможность импровизации

б) в направляемых врачом играх возможности импровизации нет

в) игра постоянно комментируется врачом

г) при острых невротических реакциях необходимы, прежде всего, направляемые врачом игры

д) при невротических развитиях необходимы прежде всего спонтанные игры

55. В ЛЕЧЕБНОМ ИГРОВОМ СЕАНСЕ С РЕБЕНКОМ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) в кабинете врача ребенок вначале может играть один или в присутствии

"занятого своим делом" врача

б) игра ни в коем случае не должна прерываться

в) игра может быть прекращена ребенком, но он должен объяснить - почему

г) не должно быть душевно напрягающей ситуации неопределенности, недос-

казанности, неизвестности

д) правильно а) и в)

56. ИГРОВАЯ МЕТОДИКА УСТРАНЕНИЯ СТРАЗОВ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ ИГРОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) актуализации страха

б) визуализации страха

в) закрепления достигнутых результатов посредством повторной перемены

ролей

г) отреагирования страха

д) десенсибилизации к страху посредством перемены ролей

57. В СЛУЧАЕ ДЕТСКОГО СТРАХА ТЕМНОТЫ С БОЯЗНЬЮ НЕОЖИДАННОГО НАПАДЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВЕН СЛЕДУЮЩИЙ ИГРОВОЙ СЕАНС

а) ребенок прячется в кабинете без света, и его, надев маски, поочередно

ищут мать, отец, врач с агрессивными репликами; в кабинете прячутся взрослые,

а мальчик в "страшной" маске ищет их

б) ребенок и кто-то из его родителей танцуют в темной комнате под ве-

селую музыку

в) ребенок поет в темной комнате смешные куплеты

г) врач рассказывает ребенку в темной комнате смешные истории, чтобы

хохотал

д) правильно б) и в)

58. ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ (ИНСЦЕНИРОВКИ) (ПО ЗАХАРОВУ)

а) наиболее успешна в возрасте 2-3 лет

б) наиболее успешна в возрасте 4-7 лет

в) проводится без кукол и игрушечного реквизита в той или иной вообра-

жаемой обстановке

г) может проводиться в виде подвижных, предметных игр

д) правильно б) и г)

59.ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ В МЛАДШЕМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНА ПРИ (ПО БУЯНОВУ)

а) онихофагии и страхе собак

б) психогенном страхе одиночества

в) психогенных нарушениях аппетита

г) трудностях общения со сверстниками

д) всем перечисленном

60. ПСИХОТЕРАПИЯ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОСРЕДСТВОМ РИСОВАНИЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) эффективна в возрасте 4-11 лет

б) эффективна в возрасте 11-15 лет

в) предполагает, что пациент нарисует дома свои страхи

г) предполагает оценки за качество каждого рисунка

д) правильно а) и в)

61. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ РИСОВАНИЕМ "СРАБАТЫВАЮТ" ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЭФФЕКТЫ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) вытеснения

б) анализа

в) катарсиса и инсайта

г) десенсибилизации

д) правильно в) и г)

62.В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ СТРАХОВ РИСОВАНИЕМ РЕБЕНОК (ПО ЗАХАРОВУ)

а) изображает себя не боящимся; должен осознать страх и изобразить его

на рисунке

б) не должен конкретизировать свой страх

в) изображает себя боящимся (т.е. себя и то, что его пугает)

г) не должен проникать в свой страх

д) правильно а) и в)

63.В РИСУНОЧНОЙ ТЕРАПИИ В СООТВЕТСТВИИ С ПРАВИЛАМИ ЭТОГО ПРИЕМА, РЕБЕНОК В БОРЬБЕ СО СТРАХОМ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) не принимает роль фрустрирующего персонажа

б) остается самим собой

в) может бросить Бабу-Ягу в костер или отрубить Дракону голову

г) должен осознать страх и изобразить его на рисунке

д) все перечисленное

64. ГЛАВНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ В РИСУНОЧНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТСКИХ СТРАХОВ – ЭТО (ПО ЗАХАРОВУ)

а) условное изображение, к примеру, темноты или страшных животных

б) изображение себя, например, в темноте или рядом со страшным животным

без страха или в страхе перед ним

в) изображение своего жестокого отношения к обидчику или злой темноте

г) изображение своего милосердия даже к проявлениям зла

65.В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ С ОБСУЖДЕНИЕМ НАРИСОВАННЫХ ДОМА ДЕТЬМИ СТРАХОВ (НА БОЛЬШИХ ЛИСТАХ) (ПО ЗАХАРОВУ)

а) некоторые страхи проигрываются всеми участниками группы

б) повышается общая тревожность пациентов

в) возникает тягостно-тревожная атмосфера

г) врач жестоко расправляется со всеми страхами на глазах у детей

д) срабатывает механизм лечебного катарсиса

66. ПРИ ТЯЖЕЛОМ КОНФЛИКТЕ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ, УПРЯМСТВЕ И НЕГАТИВИЗМЕ С ОБЕИХ СТОРОН ВРАЧУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) не вмешиваться в этот конфликт, прекратить встречи с ребенком, семьей

б) советовать родителям взять над ребенком полную власть во всем и дер-

жать ее строго

в) лечение ребенка достаточно большими дозами психотропных препаратов

г) советовать родителям дать ребенку при "поручительстве" врача полную

самостоятельность не только в приготовлении уроков, но и в повседневной жизни

д) объявить при ребенке родителей еще более больными, нежели ребенок,

призвать их к серьезному лечению

67.ОСНОВНЫМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) психотерапевтическая работа с детьми и родителями всегда совершается

вместе - в одних группах, диадах, триадах

б) дети помогают родителям в занятиях аутогенной тренировкой (расслаб-

ляться, вообразить цветную лужайку и т.д.)

в) дети помогают родителям выражить в рисунках и лепке свои родительские

конфликты и постоянно меняются в игре ролями со своими родителями

г) ребенок и родители стремятся в своем лечебном взаимодействии к ка-

тарсису-инсайту

д) ничего из перечисленного

68.ОСНОВНЫМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕКИМИ МЕХАНИЗМАМИ В ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ, ИСКЛЮЧАЯ МЕХАНИЗМ (ПО ЛИЧКО)

а) активирования

б) эмоционального отреагирования (катарсиса)

в) эмоционального консонанса

г) активной сознательной перестройки отношений

д) неосознанной перестройки отношений (например, при хобби-терапии)

69. ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА - ЭТО (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) все равно, что медицинская педагогика; педагогическое воздействие на

больного ребенка и подростка с лечебной целью

б) рациональная психотерапия детей и подростков

в) воздействие, идентичное эмотивно-рациональной терапии Эллиса

г) разновидность когнитивной психотерапии

70. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) параллельное движение лечебного и педагогического процессов

б) "принцип соответствия"

в) изучение пациентами характерологических вариантов в рамках учебной

программы с целью найти себя, свое дело в жизни

г) изучение разнообразия характеров людей с уяснением ценности всякого

душевного склада, предрасположенности его к какому-то своему занятию

д) "принцип Геннекена"

71. К ОСОБЕННОСТЯМ ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ОБЩЕЙ ПЕДАГОГИКИ, ОТНОСЯТСЯ (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) развитие в пациентах творческого стиля жизни специальными способами

лечебного творческого самовыражения

б) строгое (без обычного школьного милосердия) соблюдение системы поощ-

рений и наказаний (неудовлетворительные оценки, удаления с уроков)

в) непосредственное, активное участие лечащего врача в педагогической

работе

г) облегчение, упрощение учебного процесса в случае потери интереса

ребенка или подростка к учебе

д) принуждение к занятиям там, где материал легок для нерадивого па-

циента

72. В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В МЛАДШЕМ ВОЗРАСТЕ ВАЖНО ПРЕЖДЕ ВСЕГО (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) преодолевать аутистические тенденции, развивать речь и общую моторику

б) помогать пациентам оценить в обучении рисованию своеобычность своего

мышления и чувствования

в) обучать навыкам опрятности и самообслуживания

г) оживлять детей в творческом общении с природой

д) правильно а) и в)

73.ПРИ ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ПОЛУФРОНТАЛЬНЫХ УРОКОВ (ПО Р.ОКУНЕВОЙ И А.СМЕТАНИНОЙ)

а) педагог может продиктовать схему сочинения, а учебники творчески его

дорабатывают

б) задание одно, а требования к ответам, к выполненному - сообразно

возможностям и знаниям; могут задаваться рассказы по картинкам

в) ученики смотрят картины художников, противоположных друг другу по

мироощущению (например, Врубель и Поленов, Чюрленис и Перов) и сообщают о

том, ближе к какому художнику сами видят людей и природу

г) ученики слушают записи пения птиц и отмечают созвучные им "птичьи

песни" (больше по душе), запоминая названия этих птиц

д) правильно а) и б)

74.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФРОНТАЛЬНОГО УРОКА С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) ученик поначалу может лишь формально присутствовать на уроке, почти

не занимаясь

б) педагог просит учеников лишь механически переписывать интересный

текст, чтобы заинтересоваться им, а во время диктанта рисовать хотя бы па-

лочку или кружок на каждое диктуемое слово

в) на столе педагога мирно сидит живая спокойная кошка

г) ученики пишут свободное сочинение, и основное внимание педагог, раз-

бирая вслух это сочинение, обращает на смысловую сущность работы

д) правильно а) и г)

75.В ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ЭПИЛЕПСИЕЙ (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) следует избегать частных повторений

б) не следует вызывать зрительные впечатления

в) полезно устраивать инсценировки; следует побуждать их у выполнению

конкретных заданий

г) не следует делать им никаких скидок в периоды их дисфорических сос-

тояний

76. В ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ-ДОШКОЛЬНИКАМИ, С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СЛЕДУЕТ (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) учить их повторять простейшие движения и выполнять простейшие дейст-

вия по словесной инструкции

б) остерегаться формировать у них пространственные представления

в) учить их различать правую и левую сторону

г) стремиться к тому, чтобы они осваивали игру в шашки и шахматы

д) правильно а) и в)

77.В ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ НЕВРОЗАМИ (ПО ДРАПКИНУ И ТРИФОНОВУ)

а) продолжительность уроков должна быть такой же, как в массовой школе

б) по первой просьбе следует отпускать ребенка с занятий

в) все преподавание должно вестись по программе массовой школы

г) домашние задания не должны быть облегченными

д) учителю следует идти навстречу всем предъявляемым учеником жалобам

78 ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ (ПО КАГАНУ)

а) детский аутизм Каннера и шизофренический аутизм

б) аутизм в структуре психастенического характера

в) аутизм в структуре шизоидного характера

г) аутизм в структуре эпилептоидного характера

д) правильно а) и в)

79. "ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛЕГЕНДА", КОТОРУЮ ВРАЧ СОЗДАЕТ ВМЕСТЕ С РОДИТЕЛЯМИ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ВРАЧ (ПО КАГАНУ)

а) помогает родителям яснее увидеть у ребенка те черты, которые траги-

чески отличают его от здорового ребенка, и воспринимать их в сказочном духе

б) знакомить родителей с элементами этиологии и патогенеза аутизма для

того, чтобы они включились в психотерапевтический процесс

в) помогает родителям глубже, ярче поверить в ту "сказку", "легенду",

которая уже защитно-психологически сформировалась в их воображении, и "по

дороге этой легенды" "сказочно" (через сказочные образы) помогать ребенку

г) показывает родителям те особенности состояния и поведения ребенка,

воздействие на которые особенно помогает

д) помогает родителям почувствовать, что "мир прекрасен, хотя Ваш ре-

бенок аутичен"

80.РАБОТАЯ С ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ ДОЛЖЕН (ПО ЛИЧКО)

а) влиять на нее словами и действиями ее "вожака" (лидера)

б) учитывать плохую психологическую совместимость эпилептоидных, неус-

тойчивых подростков, гипертимных и эмоционально-лабильных подростков

в) помнить, что гипертимный лидер склонен во все встревать без доста-

точного такта и всем командовать

г) поправлять лидера перед всей группой

д) правильно а) и в)

81. В ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ (ПО ЛИЧКО)

а) недопустим "оппозиционер", противодействующий лидеру, не пропускающий

его оплошностей

б) "оппозиционерами" лидеру обычно становятся психастенические подростки

в) шизоидные подростки склонны чрезмерно властвовать, а подчиняя -

унижать

г) плохо педагогически совместимые гипертимные и эпилептоидные подрост-

ки; может быть нечеткое распределение ролей и четкое (роль каждого члена ст-

рого предопределена)

82.К УВЛЕЧЕНИЯМ ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАНЯТИЯ (ПО ЛИЧКО)

а) собирание коллекций

б) техническое конструирование

в) "прокручивание" магнитофонных записей современной музыки; бренчание

на гитаре

г) жажда поверхностного общения с обменом информацией, не требующей об-

думывания

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Общие принципы психотерапии и психокоррекции детей и подростков
2. Начальные проявления нервно-психических нарушений у детей и подростков
3. Патологические синдромы, характерные для детского и подросткового возраста
4. Психосоматические расстройства у детей и подростков
5. Принципы комплексности и школьной реабилитации
6. Взаимосвязь психотерапии и медицинской (лечебной) педагогики в лечении, реабилитации детей и подростков с нервно-психическими расстройствами
7. Связь психотерапии ребенка с коррекцией внутрисемейных отношений
8. Связь психотерапии ребенка с коррекцией воспитания и обучения в дошкольных и учебных учреждениях
9. Выбор психотерапевтической тактики в зависимости от природы заболевания, этапа его динамики, особенностей клинической картины, а также возраста больного
10. Особенности методов психотерапии и психокоррекции в младшем детском, среднем детском и подростковом возрасте
11. Лечебная педагогика при психических заболеваниях у детей и подростков
12. Психотерапия и лечебная педагогика при невротических состояниях у детей и подростков
13. Психотерапия и лечебная педагогика пограничных расстройств у детей и подростков
14. Психотерапия и лечебная педагогика при расстройствах личности и нарушениях поведения у детей и подростков
15. Психотерапия и лечебная педагогика при психосоматических заболеваниях у детей и подростков
16. Психотерапия и лечебная педагогика при психозах различной этиологии у детей и подростков
17. Психотерапия и лечебная педагогика при аффективных расстройствах различной этиологии у детей и подростков
18. Лечебная педагогика при умственной отсталости и задержках психического развития у детей и подростков
19. Психотерапия и лечебная педагогика при эпилепсии у детей и подростков при расстройствах, обусловленных органическим поражением ЦНС
20. Психотерапия при ДЦП
21. Особенности специальной психотерапия при психопатологических синдромах и состояниях преимущественно детского и подросткового возраста
22. Психотерапия детей с гипердинамическим (гиперкинетическим) синдромом
23. Методы психологической коррекции функции внимания
24. Семейная психотерапия при гипердинамическом синдроме у детей и подростков
25. Психотерапия детей с синдромами страха (сверхценного содержания, навязчивых страхах, страхах бредового характера, при ночных страхах, пароксизмальных страхах)
26. Психотерапия при синдромах патологического фантазирования (с образным патологическим фантазированием, с патологическим фантазированием отвлеченного характера)
27. Психотерапия и лечебная педагогика при синдромах уходов и бродяжничанья (с ситуационно обусловленными уходами, при дромомании)
28. Психотерапия детей с синдромами мутизма (при истерическом мутизме, при логофобическом мутизме, при мутизме как реакции протеста)
29. Психотерапия подростков с синдромом дисморфофобии (при сверхценной дисморфофобии, при навязчивой дисморфофобии, при бредовой диссморфофобии)
30. Психотерапия и лечебная педагогика подростков с синдромами односторонних увлечений и интересов (при сверхценных увлечениях и интересах, при гиперкомпенсаторных увлечениях и интересах)
31. Психотерапия при синдромах нервной (психической) анорексии (при сверхценной анорексии, при навязчивой анорексии, при бредовой анорексии, при анорексии в структуре депрессии)
32. Психотерапия при невротическом и неврозоподобном заикании
33. Психотерапия при невротических и неврозоподобных тиках
34. Психотерапия при энурезе
35. Психотерапия при энкопрезе
36. Психотерапия при расстройствах сна, сноговорении, сомнамбулизме
37. Психотерапия при невротических расстройствах аппетита
38. Психотерапия при патологических привычных действиях
39. Психотерапия и лечебная педагогика при психогенных характерологических и патохарактерологических реакциях у детей и подростков (при реакциях активного и пассивного протеста при реакциях отказа, при реакциях имитации, при реакциях компенсации и гиперкомпенсации, при реакциях эмансипации у подростков, при реакциях группирования со сверстниками)
40. Психотерапия подростков при патохарактерологических реакциях, обусловленных формирующимся сексуальным влечением
41. Психотерапия и лечебная педагогика при психогенных патологических формированиях личности (патохарактерологических, постреактивных, невротических, дефицитарных)

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 8** *Психотерапия и психопрофилактика в клинике алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимической зависимости*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психотерапия срывов и рецидивов при зависимостях.
2. Психотерапия алкогольной зависимости.
3. Психотерапия наркотической зависимости.

**Тестовый контроль**

1.МЕТОДИКА ДЛИТЕЛЬНОГО ГИПНОЗА-ОТДЫХА (ПО К.И.ПЛАТОНОВУ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

а) пациент отдыхает в гипнотическом состоянии 1-2 часа

б) пациент отдыхает в гипнотическом состоянии, оставленный в палате

психотерапевтом, 4-5 часов

в) пациент отдыхает в гипнозе (без психотерапевта рядом) 3-4 часа

г) пациент отдыхает в гипнозе до 20 часов в сутки

д) естественный ночной сон пациента превращается на всю ночь в гипно-

тический

2.МЕТОДИКА УДЛИНЕННОЙ ГИПНОТЕРАПИИ (ПО В.Е.РОЖНОВУ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

а) группа пациентов погружается в гипноз-отдых, продолжающийся от часа

до 5 часов

б) психотерапевт в течение часа непрерывно проводит пациенту лечебное

внушение в гипнозе

в) врач, проводящий психотерапевтический прием, в отдельной комнате

погружает пациента в гипноз и в течение 2 часов каждые 15 минут старается

углубить гипнотическое состояние

г) длительный гипноз-отдых тут растягивается до 10 часов с краткими

лечебными внушениями по 4-5 мин каждый час

д) лечебное внушение в гипнозе проводится группе пациентов в течение 2-4

часов по 2-3 мин каждые 15-20 мин

3.ОСОБЕННОСТЬ МЕТОДИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ГИПНОТЕРАПИИ (ПО В.Е. РОЖНОВУ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

а) у больных алкоголизмом вызывается внушением душевное напряжение с

неприязнью к спиртному

б) техника гипнотизации основывается на эмоционально-смысловых суггестивных формулах, глубоко затрагивающих личность гипнотизируемого; особое значение приобретает интонация произносимых врачом слов: их задушевность, теплота, суровость негодования, твердость несогласия и другие эмоционально-стрессовые нюансы

в) пациент максимально интенсивно охвачен здесь целью методически

преодолеть свою болезненную симптоматику

г) в гипнозе проводится мотивированное сократическое внушение

4.ПРИ МЕТОДЕ ПОГРУЖЕНИЯ В ГИПНОЗ ПОДНЯТИЕМ РУКИ (ЭРИКСОН) ГИПНОТИЗИРУЮЩИЙ

а) предлагает гипнотизируемому сосредоточиться на всех ощущениях (какими

бы они ни были) в руках

б) внушает шоково-императивно гипнотизируемому с закрытыми глазами, что

рука сама, против его воли, неуклонно, неодолимо, резко тянется-поднимается

вверх

в) применяет сразу же прямое внушение

г) не использует положительный ответ пациента на внушение для подкреп-

ления следующего внушения

5. В МЕТОДИКЕ САМОВНУШЕНИЯ БЕХТЕРЕВА ВАЖНЕЙШИМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) стремление доказать пациенту наличие существующей в нем могучей силы

самовнушения, которой надобно научиться сознательно пользоваться

б) предложение пациенту произносить целебное самовнушение машинально, не

сосредоточиваясь на нем

в) применение в сеансе лечебного самовнушения опыта с маятником

г) совет пациенту проникнуться во время лечебного самовнушения рели-

гиозной эмоцией, так как молитва есть стихийная форма самовнушения; указание

проводить целебное самовнушение в бодрствующем состоянии, со свежей головой

д) правильного ответа нет

6.В МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ САМОВНУШЕНИЕМ АЛКОГОЛИКОВ (Н.И.ИВАНОВ) ОСНОВНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ФОРМУЛА ЗВУЧИТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

а) смогу отказаться от спиртного; людям, которые сейчас идут ко мне, не

соблазнить меня, не вернуть в грязь пьянства

б) пусть за праздничным столом пьют спиртное, это не имеет ко мне от-

ношения

в) я сумею сказать активно и повелительно "нет" в любой соблазняющей

обстановке

г) я спокоен и способен жить совершенно трезво

д) я убедился, что не смогу пить умеренно, я вовсе не буду пить

7.СУЩЕСТВЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО РОЖНОВУ) СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТО ОНА

а) обязательно приводит пациента в состояние достаточно сильного, ост-

рого эмоционального напряжения

б) пробуждает в пациенте насущную потребность самоусовершенствования,

дабы утвердить себя в собственных глазах и во мнении окружающих; обращена "к

духовным компонентам личности"

в) всеми своими методиками направлена к выработке душевного и физичес-

кого отвращения к пьянству, алкоголю

г) противопоказана соматически ослабленным, хрупким пациентам

8.СУЩЕСТВО МЕТОДА БЕХТЕРЕВА (ВЫРАБОТКА СОЧЕТАТЕЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ) СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО

а) вырабатываются условные рефлексы сочетанием индифферентного (свето-

вого или звукового) раздражителя с болевым безусловнорефлекторным (электри-

ческим током), вызывающим пассивно-оборонительную реакцию

б) острая боль вытесняет истерическое притворство

в) в процессе "условного рефлекса" больной осознает сохранность своей

истерически выпавшей функции и тогда "параличи", "глухота", "слепота" про-

ходят

г) здесь осуществляется механизм протрептики; больной истерией излечи-

вается, в сущности, внушением сочетательных рефлексов

д) правильно а) и в)

9. УСЛОВНОРЕФЛЕКТОРНЫЙ МЕТОД БОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА, ПРЕДЛОЖЕННЫЙ КАНТОРОВИЧЕМ, ОСНОВАН НА СОЧЕТАНИИ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ

а) с болезненной рвотой или тягостной зевотой

б) с введением апоморфина

в) с болезненным звуковым сигналом

г) с ярким светом в глаза

д) с болезненным действием электрического тока

10.ВАЖНЕЙШИМИ СИМПТОМАМИ ПЕРВОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ

а) выраженный абстинентный синдром

б) значительное эмоциональное огрубение личности

в) интолерантность в конце запоя

г) обратимые психоорганические симптомы в похмелье

д) первичное патологическое влечение к алкоголю

11.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ, ЧАСТЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ

а) жировая дистрофия печени и кардиомиопатия

б) склерома и болезнь Меньера

в) телеангиэктазия и туберкулома

г) болезнь Шенлейн - Геноха

12.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ, ЧАСТЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ

а) сирингомиелия

б) полиневропатия

в) болезнь Паркинсона

г) рассеяный склероз

д) амавроз

13.ДЛЯ АЛКОГОЛИЗМА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ХАРАКТЕРНЫ

а) дистрофическая селезенка

б) опьянение с депрессивным, тревожным аффектом, с импульсивными действиями

в) ранние выраженные алкогольные изменения личности; амавроз

г) полное отсутствие критического отношения к своему положению, связан-

ному с пьянством, к пьянству

д) правильно а) и б)

14.ДЛЯ КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА НА ПОЧВЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРНО

а) отсутствие интолерантности даже в исходной стадии

б) обычно быстрое наступление исходной стадии

в) ранние выраженные, отчетливые алкогольные изменения личности

г) раннее появление выраженных амнезий и коротких запоев

д) правильно б) и в)

15.ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ АЛКОГОЛИЗМА НА ПОЧВЕ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) смягчение и урежение дисфорий

б) придирчивость, нетерпеливость

в) выраженная возбудимость, злобность

г) отсутствие вязкости, обстоятельности

д) правильно б) и в)

16.АЛКОГОЛИЗМ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ НА ПОЧВЕ СЛЕДУЮЩИХ ЦИРКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

а) мании

б) депрессии остропсихотического регистра

в) циклотимической субдепрессии и циклотимической гипомании

г) атипичных циклотимических депрессивных фаз

д) правильно в) и г)

17. О СРАВНИТЕЛЬНО МЯГКОМ ТЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) истерического типа личностных изменений

б) частых суицидальных тенденций

в) низкой толерантности к спиртному

г) меньшей частоты металкогольных психозов

д) меньшей тяжести алкогольно-психотических картин

18.ГЛАВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ЧАСТЫХ НЕУДАЧ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН СЧИТАЮТСЯ

а) нежелание большинства женщин-алкоголичек лечиться; редкость самостоятельных повторных обращений к врачу

б) преобладание среди женщин, страдающих алкоголизмом, синтонного и эк-

сплозивного заострения личности

в) преобладанием среди женщин, страдающим алкоголизмом, шизоидного

заострения личности

г) правильно б) и в)

д) ничего из перечисленного

19. ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ У ЖЕНЩИН НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ

а) диабета и полиневропатии

б) гепатита

в) пеллагры

г) мийодезопсии

д) правильно а) и г)

20.СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА ОПИСАНЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ, КРОМЕ

а) ФАС

б) синдрома Мийяра - Гюблера

в) белой горячки

г) корсаковского психоза

д) миопатии

21.ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН ОБУСЛОВЛЕНО ВЛИЯНИЕМ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ, КРОМЕ

а) скрытой депрессии

б) психотравмирующих обстоятельств

в) возрастных изменений

г) спаивания супругом или "добрым" знакомым

д) фрустрацией

22.К АЛКОГОЛИЗМУ МЕНЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ ЖЕНЩИНЫ, У КОТОРЫХ БЫЛИ ВЫЯВЛЕНЫ В АНАМНЕЗЕ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) пьщих родителей

б) один из родителей (например, отец) не принимал участия в воспитании

детей

в) невротических черт в поведении

г) гипотимных состояний в пубертатном возрасте

д) черт неуравновешенности в подростковом возрасте, включая дромоманию

23.УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО

а) УРТ

б) психологической коррекции

в) психофармакотерапии

г) социальной реадаптации и реабилитации

д) психотерапии

24. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ЗАВИСИТ

а) от регулярности посещения врача-нарколога

б) от поддерживающей медикаментозной терапии и физического состояния

здоровья

в) от клубной работы и работы общества трезвости

г) от восстановления семейных отношений и гармонии

д) правильно а) и г)

25. "СРЫВЫ" ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ РЕЦИДИВОВ

а) тем, что протекают не более 1-2 недель

б) тем, что протекают не более 2-3 дней

в) тем, что протекают не более 1-2 суток

г) согласием больного на просьбу родных обратиться к врачу

д) самостоятельным обращением больного на 2-е сутки

26. В СЛУЧАЯХ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АЛКОГОЛИЗМОМ, МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

а) атипичного делирия

б) псевдогаллюцинаций

в) бреда интерпретации

г) "анестезии психика долороза"

д) аномальных форм поведения в опьянении

27.СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ, КРОМЕ

а) тонической фазы

б) клонических судорог

в) миоклонуса

г) инициального крика

д) "морфеического" приступа

28. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ РЕЗКО ВОЗРАСТАЕТ

а) при психастенической психопатии

б) при астенической психопатии

в) при шизоидной акцентуации

г) при неустойчивой акцентуации или эпилептоидной психопатии

д) правильно б) и в)

29. К АКТИВНЫМ МЕТОДАМ МУЗЫКОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

а) применение музыки при занятиях аутогенной тренировкой

б) музыкальные программы в период послеобеденного отдыха

в) концерты по заявкам пациентов

г) танцевальные вечера

д) ничего из перечисленного

30. КУЛЬТТЕРАПИЕЙ НАЗЫВАЮТ

а) обращение к больным на "Вы"

б) ежедневное чтение газет

в) просмотр художественных кинофильмов в зале больницы

г) посещение театра

д) художественную самодеятельность пациентов

31. АРТТЕРАПИЮ ПРИНЯТО ПОНИМАТЬ, КАК МЕТОД

а) диагностики с помощью рисунков

б) проективного изучения личности

в) использования рисования и пластических средств с лечебной целью

г) уяснения неосознаваемого конфликта

д) творческого выражения

32. К ПРИНЦИПАМ ЭСТЕТОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ ВСЕ УКАЗАННОЕ, КРОМЕ

а) поддерживания естественных коммуникаций

б) формирования гуманистического мировоззрения

в) эстетического оформления интерьера лечебных учреждений

г) гармонизации отношений в семье с помощью средств искусства

д) правильно а) и г)

33. В прошлом веке с помощью гипноза лечили больных алкоголизмом все

перечисленные авторы, за исключением

а) Балинского и Малиновского

б) Токарского

в) Певницкого

г) Рыбакова

34.ИЗВЕСТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТРИАДА БЕХТЕРЕВА (ДЛЯ АЛКОГОЛИКОВ) ВКЛЮЧАЕТ

а) психоаналитическую краткую беседу с пациентом

б) сеанс гипноза с мотивированным внушением

в) эстетотерапевтический сеанс с "туманными картинами"

г) психотерапевтическую беседу о вреде алкоголя с демонстрацией картин,

таблиц; обучение больных самовнушению

д) правильно б) и г)

35.СИСТЕМА ТОКАРСКОГО (ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) гипнотические сеансы проводятся раз в неделю в течение года, а коллективные психотерапевтические беседы не реже 1 раза в месяц

б) гипнотические сеансы проводятся поначалу ежедневно, затем несколько

сеансов через день и затем все реже - до 1 сеанса через 4 месяца

в) больной в течение года не теряет связи с врачом

г) больной чувствует ответственность за явки в точно обозначенные сроки

36. ВЫСКАЗЫВАНИЕ "ВЫЛЕЧИТЬ АЛКОГОЛИКА - ЗНАЧИТ, ВЕДЬ, В КОНЦЕ КОНЦОВ, НАУЧИТЬ ЕГО ЖИТЬ ТРЕЗВО СРЕДИ ПЬЯНИЦ" - ПРИНАДЛЕЖИТ

а) Бехтереву

б) Синани

в) Гуфеланду

г) Певницкому

д) Токарскому

37.МЕТОДИКА КОЛЛЕКТИВНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ГИПНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (ПО РОЖНОВУ) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ

а) выработку тошнотно-рвотной реакции с помощью чистого внушения, без

вина

б) продолжительность курса лечения - 1.5-2 месяца

в) подкрепляющую терапию в течение месяца

г) за курс лечения больные получают 10-15 гипнотических сеансов

д) во время одного гипнотического сеанса тошнотно-рвотная реакция вы-

зывается 8-10 раз

38.СХЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИКОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИЕЙ (В.Е.РОЖНОВ) ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

а) в первую же встречу с пациентом "производится отнятие алкоголя"

б) лечение возможно начинать в нетрезвом виде

в) в гипнотической группе - 18-20 больных; все пациенты находятся в

гипнотическом сомнамбулизме

г) сеанс гипноза выполняется по методике удлиненных сеансов гипнотерапии

(Рожнов)

д) правильно а) и г)

39.КОЛЛЕКТИВНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В БОДРСТВУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ (И.С.ПАВЛОВ) ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) в группе - не более 10 человек

б) 3 сеанса в неделю

в) главный упор следует делать на доказательство наличия у больных ал-

коголизма как болезни

г) в группе для дискуссии поднимается вопрос о том, каким должно быть

лечение

д) атмосфера свободного выражения чувств

40.ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ МЕТОДИКИ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ГУЗИКОВУ, МЕЙРОЯНУ, ЗОБНЕВУ)

а) неразглашение тайны и дозированная откровенность

б) полная откровенность

в) методика применяется только для женщин

г) желательно присутствие в группе и деградированных больных

41.КРАТКОСРОЧНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРЕДПОЛАГАЕТ (ПО ГУЗИКОВУ, МЕЙРОЯНУ, ЗОБНЕВУ)

а) занятия только в закрытых группах (весь курс - 12-18 занятий)

б) занятия ежедневные

в) оптимальная продолжительность занятия - 1 час

г) в группе не более 20 человек

42.В РАМКАХ МЕТОДИКИ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (ПО ГУЗИКОВУ, МЕЙРОЯНУ, ЗОБНЕВУ) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ

ПРИЕМЫ, КРОМЕ

а) рисунка

б) самоотчетов

в) творческого общения с природой

г) разыгрывания ролей

д) взаимооценки больных

43. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ (ПО ЗОБНЕВУ И МЕЙРОЯНУ)

а) все члены семьи принимают и отстаивают идеи трезвости; способность

семьи справляться со срывами и рецидивами болезни

б) способность семьи отрешиться, отойти от других "пьяных" семей

в) больная алкоголизмом женщина способна во время семейного праздника

спокойно пить сок или воду среди бутылок с вином и тостов

г) способность больной алкоголизмом женщины неустанно искренне совето-

вать своим детям жить совершенно трезво

44.СМЕСЬ Е.А.ПОПОВА (ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕДУЦИРОВАННЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЕВ) СОДЕРЖИТ В СЕБЕ

а) фенобарбитал и этиловый спирт

б) аминазин и этиловый спирт

в) тиосульфат натрия

г) сульфат натрия

45. НАРЯДУ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ МЕТОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ ЗАНИМАЮТ ОПРЕДЕЛЕННОЕ МЕСТО ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ, КРОМЕ

а) гипносуггестивной эмоционально-стрессовой терапии

б) арттерапии

в) гипноза - удлиненного сна

г) гипноза-отдыха

д) документальной кино-фотографии

46.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НАРКОМАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гипнотерапия

б) самовнушение и аутогенная тренировка

в) групповая терапия

г) анонимные общества

д) катарзис и контекст-анализ

47. К ИНГАЛЯНТАМ ОТНОСЯТСЯ

а) пары бензина

б) астматол

в) пары ацетона и толуола

г) эфедрон

д) правильно а) и в)

48.ДЛЯ КАРТИНЫ АБСТИНЕНЦИИ ПРИ ПЕРВИТИНОВОЙ НАРКОМАНИИ ХАРАКТЕРНЫ

а) дисфория и тревожная подозрительность

б) безразличие ко всему

в) эйфорическое благодушие

г) яркие фантазии альтруистического содержания

д) все перечисленное

49. ПРИВЫКАНИЕ НЕРЕДКО ВОЗНИКАЕТ

а) к реланиуму и радедорму

б) к стелазину и галоперидолу

в) к френолону

г) к пиразидолу

д) правильно а) и б)

50. В ЖИЗНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ

а) аминазином и галоперидолом

б) барбитуратами

в) ноотропилом

г) амитриптилином

д) правильно б) и г)

51. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ОПИАТОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

а) налорфина и наллина

б) галоперидола

в) инъекции седуксена

г) димедрол

52.К СРЕДСТВАМ, СПЕЦИФИЧЕСКИ ПОДАВЛЯЮЩИМ ВЛЕЧЕНИЕ К ОПИАТАМ, ОТНОСЯТСЯ

а) сибазон

б) мелипрамин и димедрол

в) радедорм

г) азафен

д) ни одно из перечисленных

53. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПИЙНЫХ НАРКОМАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

а) следует составить психотерапевтическую группу только из подростков со

сформировавшейся наркоманией

б) следует дать близким больного достаточную информацию о проявлениях и

течении наркомании и начинать семейную психотерапию с родными без подростка

в) не следует давать родителям пордростка сведения о наркомании

г) необходимо убедить родителей подростка в том, что подросток нуждается, прежде всего, в родительских дисциплинарных мерах

54.ПСИХОТЕРАПИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ (ПО РОЖНОВУ) ПРОВОДИТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕТОДАМИ, КРОМЕ

а) коллективных бесед

б) внушений в гипнозе

в) закрепления рациональных советов в форме внушений, делаемых курильщикам во время группового гипноза по методике Бехтерева

г) самовнушений типа "нет желания курить"

д) назначения пилокарпина

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Теоретико-методологические вопросы наркологии
2. Современная теория зависимости от психоактивных веществ
3. Алкоголизм. Генетические аспекты алкоголизма. Патологофизиологические основы влияния алкоголизма на организм
4. Синдром наркоманической зависимости. Клиника.
5. Синдром измененной реактивности. Клиника.
6. Синдром токсикоорганических нарушений. Клиника.
7. Личностные расстройства в клинике наркологических заболеваний
8. Патологическое влечение к алкоголю
9. Алкоголизм у женщин. Алкоголизм в подростковом возрасте. Алкоголизм в пожилом возрасте. Особенности
10. Симптоматический алкоголизм
11. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме
12. Алкогольные психозы и другие психопатологические состояния при алкоголизме
13. Лечение и профилактика алкоголизма. Психотерапия и психокоррекция при алкоголизме
14. Принципы патогенетической психотерапии при алкоголизме
15. Когнитивно-поведенческая психотерапия при алкоголизме
16. Эмоционально-стрессовая методика коллективной гипнотерапии алкоголизма (по Рожнову)
17. Гипносуггестивная психотерапия, ее роль и место в психотерапии хронического алкоголизма
18. Использование методик гештальт-терапии и трансактного анализа в психотерапии алкоголизма
19. ОАА и его 12-шаговая программа лечения химической зависимости
20. Формы организации психотерапевтической помощи при хроническом алкоголизме
21. Наркомании. Виды наркоманий, их особенности, клиника. Опийные наркомании. Гашишизм. Бабрбитуромания. Злоупотребление психостимуляторами. Полинаркомания
22. Общие принципы лечения наркоманий. Медикаментозное лечение наркоманий
23. Стpaтегия психотерапии и психокоррекционного пpоцесса в комплексном лечении наркоманий
24. Индивидуальная, семейная и групповая формы психотерапии наркоманий
25. Различные виды кодирования, применяемые в наркологии, их психологические основы
26. Игровая и компьютерная зависимость. Психотерапия игровой и компьютерной зависимости
27. Первичная - позитивная наркопрофилактика
28. Организация наркологической помощи
29. Правовые основы наркологической службы в РФ
30. Экспертиза в наркологии

**Модуль 5 Специальная психотерапия**

**Тема 9** *Психотерапия и психопрофилактика в клинике сексуальных расстройств*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Гипносуггестивная терапия сексуальных расстройств.
2. Семейная психотерапия сексуальных неврозов.
3. Сексуальные дисгармонии в супружеской паре.

**Тестовый контроль**

1."СТЕРЕОСКОПИЧЕСКАЯ" ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР (ПО МЯГЕР И МИШИНОЙ) ПРЕДПОЛАГАЕТ, ЧТО

а) каждого пациента супружеской пары ведет "свой" терапевт, проблемы же

обсуждаются вчетвером; объединение усилий врача и психолога, как наиболее

оптимальное

б) обязательное совпадение пола психотерапевта и его пациента

в) объединение усилий двух психотерапевтов-врачей разного пола, но

примерно одинакового возраста - как оптимальное

г) желание пациента духовно вознаграждать психотерапевта и наоборот

2."УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ" ЧЛЕНА СЕМЬИ СВЯЗАН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, С ПРОБЛЕМАМИ (Э.Г.ЭЙДЕМИЛЛЕР И В.В.ЮСТИЦКИЙ, 1990)

а) интимности и изменчивости

б) "разбросанностью" явлений в разных сферах жизни семьи в разные мо-

менты ее существования

в) духовности

г) типологии характеров

д) правильно а) и б)

3.К МЕТОДИКАМ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

а) указаний (директив)

б) семейной дискуссии

в) обусловленного общения

г) психотерапевтического воздействия на семью дурным примером психотерапевта

д) проигрывания семейных ролей

4. НЕ СЛУЧАЙНЫМ МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКА

а) при вдыхании его

б) при проеме внутрь в виде таблеток

в) при введении с помощью шприца

г) при раскуривании "папиросы"

д) при жевании

5. ГАШИШИЗМ НЕ ОЗНАЧАЕТ

а) ежедневное злоупотребление гашишем

б) эпизодическое злоупотребление 2-3 раза в неделю

в) эпизодическое злоупотребление 2-3 раза в месяц

г) "пробование" 1-2 раза в 2-3 месяца

д) правильно в) и г)

6. ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГАШИШНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) метаморфопсий

б) дурашливой веселости

в) иллюзии "двойника"

г) идеорреи

д) изменения чувства времени

7.ГАШИШИЗМ СОЧЕТАЕТСЯ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ВИДАМИ НАРКОТИЗАЦИИ, КРОМЕ

а) морфинизма

б) алкоголизма

в) вдыхания паров эфиросодержащих средств бытовой химии

г) злоупотребления снотворным

д) ингалянтов

8. ДЛЯ ПСИХИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГАШИШИЗМЕ ТИПИЧНЫ

а) аспонтанный синдром

б) психопатизация с эксплозивными чертами

в) "шизоидизация"

г) галлюцинаторно-параноидный синдром

д) все перечисленное

9. КОКАИНИЗМ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

а) эротического возбуждения

б) зоопсийного бреда

в) зуда кожи

г) ретинопатии

д) астенических явлений

10. КОКАИН ОТНОСИТСЯ

а) к снотворным

б) к ингалянтам

в) к стимуляторам

г) к галлюциногенам

д) к опьяняющим ("фантастикам") веществам

11.В КЛИНИКЕ КОКАИНИЗМА ВСТРЕЧАЕТСЯ ВСЕ УКАЗАННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) делирия

б) сумеречного состояния

в) меланхолического раптуса

г) сирингомиэлии

д) перфорации носовой перегородки

12.УПОРНАЯ МАСТУРБАЦИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) стеничных; на фоне церебральной или соматической недостаточности

б) шизоидных и психастенических, паранойяльных

в) неустойчивых; больных шизофренией

г) правильно б) и в)

13. ПРИ ОНАНИЗМЕ У ДЕТЕЙ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) повышенная сенситивность и тревожность, истерические черты

б) психастенические черты характера и депрессия

в) шизофренические расстройства и галлюцинации

г) эпилептические расстройства

д) правильно а) и б)

14.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОНАНИЗМА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) дегидратации

б) дегельминтизации

в) душа перед сном

г) тавегила

д) брома

15.ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАСТУРБАЦИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧЕК (СОСАНИЯ ЯЗЫКА, ПАЛЬЦЕВ, ГРЫЗЕНИЯ НОГТЕЙ) ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

а) совместной с родителями игровой терапии

б) индивидуального внушения наяву

в) гипнотерапии

г) терапии творчеством и музыкотерапии

д) всего перечисленного

16.В ПОЛОВОМ ВЛЕЧЕНИИ МУЖЧИНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) мозговой

б) селективный

в) энергетический

г) синергический

д) правильно б) и в)

17.УСТАНОВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЛИБИДО У МУЖЧИНЫ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) эротическая

б) сексуальная

в) романтическая

г) понятийная; платоническая

д) все перечисленное

18. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СТАДИИ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА МУЖЧИНЫ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) состояния предварительной нейрогуморальной готовности

б) психической стадии

в) копулятивной стадии

г) эрекционной

д) рефрактерной

19. ОСНОВНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МУЖСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

а) тенденция к "застреванию" в эротической фазе

б) возможность при глубокой взаимной привязанности довольствоваться

satisfactio sine orgasmo в течение многих лет

в) первые органистические ощущения тесно связаны с периодом полового

созревания и никогда не возникают раньше

г) правильно а) и б)

д) ничего из перечисленного

20. ПРИЗНАКАМИ НОРМАЛЬНОЙ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) верификация

б) любрификация

в) копуляция

г) стагнация

д) эякуляция

21.РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЖЕНСКОГО ОРГАЗМА, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) миокомпрессионного

б) экстракоитального

в) клиторического

г) вазокомпрессионного

д) петтингового

22.ГЕНИТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) вестибулярного коитуса

б) нарвасадата

в) феллации

г) гейшизма

д) куннилингуса

23. НАИМЕНЬШАЯ НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФРИКЦИОННОЙ СТАДИИ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) 3 мин 7 с

б) 2 мин 16 с

в) 1 мин 14 с

г) 50 с

д) 10 с

24. МЕТОД СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ

а) противостоит системному подходу

б) основывается на рефлексологии В.Бехтерева

в) представляет совокупность диагностических алгоритмов в сексопатологии

г) основывается на теории относительности А.Эйнштейна

д) правильно б) и г)

25.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ПРИНЦИПИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ

а) сексуальная патология у одного из супругов

б) сексуальная патология у обоих супругов

в) отсутствие сексуальной патологии у супругов

г) половые извращения у супругов

д) ничего из перечисленного

26.ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ НЕПРОДУКТИВНОГО СУПРУЖЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ПО Т.МИШИНОЙ), ИМЕЮЩИМИ СЕРЬЕЗНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СЕКСОПАТОЛОГИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

а) "оголтелая ненависть друг к другу"

б) "соперничество"

в) "псевдоповелительство"

г) "псевдосотрудничество"

д) правильно б) и г)

27. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ МУЖСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИМПОТЕНЦИИ (ПО Н.ИВАНОВУ)

а) психогенную

б) спинальную

в) соматогенную

г) нейрорецепторную

д) все перечисленное

28 В СЛУЧАЕ ИМПОТЕНЦИИ С БОЯЗЛИВЫМ ОЖИДАНИЕМ НЕУДАЧИ СЛЕДУЕТ ПОСОВЕТОВАТЬ ПАЦИЕНТУ (ПО Н.ИВАНОВУ)

а) всеми способами не допускать у себя ночные поллюции

б) осудить свой онанизм и лечиться от него гипнотерапией

в) условиться с любым человеком несколько ночей провести вместе без

близости

г) применить прием "куннилингус"

д) правильно а) и г)

30. ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВНЕЗАПНЫМ НАРУШЕНИЕМ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПЕРЕЖИТАЯ НЕУДАЧА) СЛЕДУЕТ (ПО Н.ИВАНОВУ)

а) стремиться утвердить свое мужское достоинство, не покидая "поле боя"

хоть много часов подряд

б) прибегнуть к феллации

в) применить прием "нарвасадата"

г) обрести внутреннююю готовность к постепенному приближению к "надле-

жащему оптимизму"

д) правильно а) и б)

31.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ У НОВОБРАЧНОГО, КОГДА ОБА НЕОПЫТНЫ В СЕКСУАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ, СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ (ПО

Н.ИВАНОВУ)

а) пригласить жену пациента присутствовать на гипнотических сеансах,

назначенных мужу

б) внушить пациенту в гипнозе при жене, что все постепенно придет в

норму

в) гипносуггестивная терапия наедине с врачом, без жены рядом - с пос-

ледующей беседой с женой

г) передать гипнотический раппорт жене

д) правильно а) и г)

32.ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ ВЕДУЩЕЕ ПРИНАДЛЕЖИТ (ПО Н.ИВАНОВУ)

а) гипносуггестивной терапии

б) разъяснительной терапии

в) психической саморегуляции с элементами гейшизма

г) суггестивной терапии онанизма в бодрствующем состоянии

д) правильно а) и в)

33. ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА (ПО Н.ИВАНОВУ)

а) ejaculatio praecox

б) торможение эрекционной функции

в) психогенный асперматизм

г) masturbatio praecox

д) правильно а) и г)

34. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕЗКИМ НЕВРОТИЧЕСКИМ ОСЛАБЛЕНИЕМ АДЕКВАТНЫХ ЭРЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) механотерапии

б) парадоксальной интенции

в) "пневмомассажа"

г) упражнения по методу Эриха Фромма

д) мануально моделированной иммиссии

35. В ПРОЦЕССЕ НАЧАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ СУПРУГОВ ПО МЕТОДУ МАСТЕРСА И ДЖОНСОН СОВЕРШАЕТСЯ

а) обоюдная ласка половых органов

б) генитальная стимуляция женщины в позиции партнеров, не исключающей

возможность близости

в) генитальная стимуляция мужчины с последовательным вызыванием и ут-

ратой эрекции

г) попытки ручной эякуляции, предпринимаемые женой

д) правильно в) и г)

36. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЕЙШИМ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

а) синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей

б) половые нарушения при заболеваниях периферической нервной системы

в) приапизм

г) фибропластическая индурация полового члена

д) правильного ответа нет

37.ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

а) массажа предстательной железы

б) хлорэтиловых блокад

в) эректоров

г) вибротерапии предстательной железы

д) вибротерапии семенных пузырьков

38.ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОЙ ИМПОТЕНЦИИ КАК СИМПТОМА НЕВРАСТЕНИИ ПОКАЗАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

а) яйца

б) икры любой рыбы

в) ежедневной столовой ложки меда в течение 3 недель

г) половую жизнь прекратить на 2 месяца при разрешении спать с женой в

одной постели

д) в будущем с целью профилактики рецидивов стремиться удовлетворить

жену при первом же акте, избегая повторных сношений

39. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОЙ ИМПОТЕНЦИИ КАК СИМПТОМА НЕВРАСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ ДЕЛАЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПОЛОВУЮ ФУНКЦИЮ НАЗНАЧЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО СВЯДОЩУ)

а) экстракта элеутерококка

б) углекислых ванн

в) пантокрина

г) женьшеня

д) правильно а) и г)

40. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИМПОТЕНЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ ЖЕНЩИНЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) встретиться врачу с женой больного для беседы

б) гипнотерапия

в) самовнушение

г) сапарал и стрихнин 0.1% подкожно

д) все перечисленное

41. В СООТВЕТСТВИИ С МЕТОДОМ МАСТЕРСА И ДЖОНСОН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ МУЖА ЖЕНА СОВЕРШАЕТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ, КРОМЕ

а) возбуждения рукой полового органа мужа

б) болевых нажатий на половой орган мужа

в) введения полового органа мужа во влагалище

г) смазывания головки полового члена мужа мазью совкаина

д) сношения в позе на боку

42.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

а) бромидов с валерианой и хлоридом кальция

б) 2% раствора новокаина внутримышечно

в) препаратов спорыньи

г) подкожных инъекций 0.1% стрихнина

д) беллатаминала

43.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРЦЕДУРЫ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

а) тиоридазина

б) хлордиазепоксида

в) вибрационного массажа на промежность

г) нисходящей гальванизации позвоночника

д) бокала шампанского перед самой близостью

44. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННОЙ ФРИГИДНОСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ИСКЛЮЧАЯ (ПО СВЯДОЩУ)

а) гипнотическое внушение

б) аутогенную тренировку

в) самовнушение по Куэ

г) стимуляцию эрогенных зон женщины врачом

д) орошение хлорэтилом в области клитора

45.В СЛУЧАЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ С УТРАТОЙ ПСИХОЭРОТИЧЕСКОГО КОНТАКТА МЕЖДУ СУПРУГАМИ ИМ СЛЕДУЕТ ДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОВЕТЫ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

а) несколько дней воздерживаться от половой жизни

б) позволить себе в течение нескольких дней лишь ласки тела без прикос-

новения к гениталиям

в) стремиться поскорее всячески вызывать друг у друга половое возбуж-

дение

г) женщине довести себя до состояния предоргазма, стимулируя клитор

рукой

д) принимать настойку корня женьшеня

46. ТАМ, ГДЕ ПРИНЯТО СИСТЕМАТИЧЕСКИ ТРУДИТЬСЯ БЕЗ ПЬЯНСТВА, НЕУСТОЙЧИВЫЕ ПСИХОПАТЫ (ПО ГАННУШКИНУ)

а) идут в ногу со всеми и не выделяются своими нравственными качествами

б) всегда резко выделяются из среды здоровых людей бурными конфликтами с

кем-то

в) все равно обнаруживают истерические взрывы

г) противопоставляют себя другим всяческим хулиганством

47.ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ НА НЕУСТОЙЧИВОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ПОЧВЕ

а) обычно протекает вяло, малопрогредиентно

б) чаще протекает злокачественно

в) возникает преимущественно в среднем возрасте

г) имеет обычно хороший прогноз в случае квалифицированного лечения

д) встречается довольно редко

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Психология и физиология сексуальности, возрастная динамика формирования сексуальности
2. Основные проявления сексуальной нормы у мужчин. Основные проявления сексуальной нормы у женщин
3. Конституциональные варианты норм половых проявлений. Сексуальная гармония и дисгармония. Варианты нарушений психосексуального развития человека
4. Системный подход к диагностике сексуальных расстройств. Исследование структуры личности при сексологическом обследовании
5. Комплексная терапия сексуальных расстройств
6. Основные стpaтегии психотерапевтической работы с сексологическими пациентами
7. Выбор индивидуальной стратегии психотерапии сексологического пациента
8. Основные сексуальные расстройства, их клиническая психодиагностика, психотерапии, психокоррекция и психопрофилактика
9. Условность сексуальной нормы в период смены научных и общественных парадигм
10. Анализ ценностей брачных отношений в сексологической клинике. Методология обследования партнерской пары. Дисгармонии супружеских пар и пути их коррекции
11. Нарушения психосексуального развития. Профилактика и психокоррекции нарушений психосексуального развития
12. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндогенных факторов. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при акцентуациях характера. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при психопатиях
13. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при эндогенных заболеваниях.
14. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (ситуационных) факторов
15. Клиника, диагностика и особенности соотношений между невротическими и сексуальными нарушениями
16. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при неврозах у мужчин
17. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при неврозах у женщин
18. Мнимые сексуальные расстройства у мужчин
19. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при соматических, эндокринных, урологических заболеваниях, органических заболеваниях ЦНС, при алкоголизме
20. Использование различных методов психотерапии в клинике сексуальных расстройств
21. Использование когнитивно-поведенческих техник у сексологических пациентов
22. Психаналитические методы в сексологии
23. Особенности семейной терапии при наличии сексуальной дисгармонии в паре
24. Групповая психотерапия при сексуальных расстройствах
25. Интегративный подход к коррекции нарушений сексуальной сферы
26. Трудности и ошибки в сексологической практике
27. Профилактика сексуальных нарушений

**Модуль 6 Организация психотерапевтической помощи**

**Тема 1** *Организация психотерапевтической помощи*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Организация психотерапевтической помощи в России.
2. Особенности организации психотерапевтической помощи в лечебных учреждениях санаторно-курортного профиля.
3. Правовые вопросы и организация психотерапевтической помощи.

**Тестовый контроль**

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
   * 1. отработке практических навыков
     2. повышении уровня знаний
     3. установлении эмоциональной дистанции с больными
     4. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»
     5. установлении дружеских отношений с коллегами
2. ПЕРВОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ БОЛЬНОГО О ВРАЧЕ:
   * 1. складывается в первые 18 секунд знакомства
     2. формируется в течение первой встречи врача и больного
     3. складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга
     4. неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений
     5. не оказывает существенного влияния на установление терапевтических отношений
3. В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПОЗЫ:
4. симметричные
5. естественные симметричные
6. естественные асимметричные закрытые
7. естественные асимметричные открытые
8. естественные симметричные, открытые
9. В ТЕЧЕНИЕ ФАЗЫ ОРИЕНТАЦИИ ВРАЧ:
10. наблюдает невербальное поведение больного
11. решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному
12. формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска)
13. ставит диагноз
14. информирует больного о специфике лечения его заболевания
15. В ПРОЦЕССЕ ФАЗЫ АРГУМЕНТАЦИИ ВРАЧ ИМЕЕТ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ:
16. постановки диагноза
17. постановки предварительного диагноза
18. определения прогноза
19. сообщения диагноза и прогноза больному
20. привлечения к процессу терапии родственников больного
21. ПРОЕКЦИЯ — ЭТО:
22. приписывание больным врачу собственных негативных черт
23. проецирование в ситуацию взаимоотношений с врачом наиболее значимых психических травм детского возраста
24. перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми
25. перенос больным на врача детских фантазий и мечтаний
26. приписывание врачу желательных черт, которых у него в действительности нет
27. В РЕЗУЛЬТАТЕ СОЧЕТАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПЕРЕНОСА И ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО КОНТРПЕРЕНОСА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ»:
28. повышается вероятность возникновения неформальных взаимоотношений между ними
29. повышается точность диагностики и эффективность терапии
30. повышается вероятность быстрого выздоровления пациента
31. повышается вероятность осложнений и рецидивов
32. возрастает длительность процесса терапии
33. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА В ФАЗЕ КОРРЕКТИРОВКИ:
34. установление эмоционального контакта с больным
35. оказание эмоциональной поддержки больному
36. сообщение точного диагноза больному
37. сообщение прогноза заболевания
38. решение вопросов оплаты терапии
39. АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТА К УСЛОВИЯМ СТАЦИОНАРА ДЛИТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:
40. около 5 дней
41. около 2 недель
42. первые два дня госпитализации
43. 15 дней
44. первые 6 часов госпитализации
45. ЛЕКАРСТВА, НАЗНАЧЕННЫЕ ВРАЧОМ, ОСТАЮТСЯ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫМИ:
46. как минимум на 20 %
47. на половину
48. на 60 %
49. крайне редко
50. на 80%
51. ЭФФЕКТ «ПЛАЦЕБО» — ЭТО:
52. эффективность фармакологически нейтральных «лекарственных форм»
53. отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата
54. появление противоположного ожидаемому действия лекарственного препарата
55. усиление ожидаемого действия лекарственного препарата
56. влияние уверенности врача в эффективности препарата на исход лечения
57. ПОВЕДЕНИЕ АГГРАВАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
58. сознательным изображением симптомов отсутствующего заболевания
59. преуменьшением симптомов болезни
60. преувеличением симптомов болезни
61. неосознаванием симптомов болезни
62. сознательным сокрытием симптомов болезни
63. НАИБОЛЕЕ ПРОДУКТИВНЫМИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЯМИ БОЛЬНЫХ СЧИТАЮТСЯ:
64. сотрудничество и активный поиск поддержки
65. эмоциональную разрядку и отвлечение
66. отвлечение и альтруизм
67. альтруизм и оптимизм
68. дистанцирование и самоконтроль
69. ДИССИМУЛЯЦИЯ — ЭТО:
70. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания
71. сознательное сокрытие симптомов болезни
72. сознательное преувеличение симптомов болезни
73. сознательное преуменьшение симптомов заболевания
74. неосознавание симптомов болезни
75. АНОЗОГНОЗИЯ — ЭТО:
76. сознательное сокрытие симптомов болезни
77. бессознательная реакция: неосознавание болезни
78. сознательное преуменьшение симптомов заболевания
79. «уход в болезнь»
80. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Основные понятия в области организации психотерапевтической помощи
2. Понятия «психотерапевтическая помошь», «психотерапеватическая служба», понятие о системе охраны психического здоровья
3. О необходимости организации психотерапевтической помощи
4. Условия проведения психотерапии и их организационный смысл
5. Психотерапевтическая помощь в РФ
6. Принципы оказания психотерапевтической помощи, этапы психотерапевтической помощи
7. Структура психотерапевтической службы
8. Организационные этапы развития психотерапевтической помощи в РФ
9. Состояние психотерапевтической помощи в РФ
10. Сравнение организационных моделей Рф и других стран
11. Динамика прихотерапевтической помощи
12. Социально-экономические факторы, оказывающие влияние на динамику развития психотерапевтической службы

**Модуль 6 Организация психотерапевтической помощи**

**Тема 2** *Законодательная и нормативно-правовая база организации психотерапевтической помощи*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Показатели эффективности психотерапевтической помощи.
2. Законодательная база организации психотерапевтической помощи.
3. Нормативно-правовая база организации психотерапевтической помощи.

**Тестовый контроль**

1.ЛЕОНГАРД (1976) ПРЕДЛОЖИЛ И ОПИСАЛ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ АКЦЕНТУИРОВАННЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

а) гипертимический и аффективно-лабильный

б) циклоидный

в) шизоидный

г) сенситивный

д) правильно б) и в)

2. В КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА ПО ЛИЧКО ВЫДЕЛЯЮТ

а) возбудимый

б) лабильный

в) эмотивный

г) интровертированный

д) демонстративный

3.В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО ФРЕЙДУ, СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ

а) Ид

б) Сверх-Я

в) Эго

г) Сверх-цензор

д) Оно

4. В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ, ПО ЮНГУ, СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, КРОМЕ

а) личного бессознательного

б) коллективного бессознательного

в) сознания

г) архитипа и расового бессознательного

5. ОЛПОРТ ВЫДЕЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЧЕРТЫ, СВОЙСТВЕННЫЕ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

а) постоянный процесс индивидуализации

б) всякого рода "меры защиты"

в) вытеснение

г) проекция

д) сублимация

6. В СООТВЕТСТВИИ С НЫНЕ ДЕЙСТВУЮЩИМ ИНСТРУКТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

а) гипнотерапией могут заниматься только специалисты - врачи-психоте-

рапевты

б) сеансы гипноза разрешается проводить только в специализированном

психиатрическом, психотерапевтическом учреждении

в) на гипнотическом сеансе не обязательно присутствие третьего лица

г) гипнотический журнал хранится у главного врача учреждения

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 02.07.1992 г. № 3185-1
2. Действующие приказы Росздрава по организации психотерапевтчиеской помощи, анализ их влияния на состояние психотерапевтической службы в РФ
3. Нормативы организации психотерапевтической помощи в РФ
4. Специалисты, принимающие участие в оказании психотерапевтической помощи в РФ
5. Врач-психотерапевт, его квалификационные характеристики
6. Медицинский психолог, его квалификационные характеристики
7. Социальный специалист, его квалификационные характеристики
8. Бригадная модель оказания психотерапевтической помощи
9. Роль специалистов в психотерапевтической бригаде
10. Задачи дальнейшего организационного развития психотерапевтической помощи в РФ

**Модуль 6 Организация психотерапевтической помощи**

**Тема 3** *Исследование эффективности психотерапии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Критерии эффективности психотерапии и её измерение.
2. Объективизация эффективности различных форм психотерапии.
3. Психотерапия как профилактика ятрогений.

**Тестовый контроль**

1. ИПОХОНДРИЯ — ЭТО:
2. болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье
3. страх перед социальными последствиями болезни
4. нежелание выздоравливать
5. извлечение выгоды из заболевания
6. сознательное преувеличение симптомов болезни
7. СИМУЛЯЦИЯ — ЭТО:
8. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания
9. сознательное сокрытие симптомов болезни
10. прагматическое отношение к заболеванию со стремлением извлечь из него какую-либо выгоду
11. страх перед болезнью
12. неосознавание симптомов болезни
13. К «ТРУДНЫМ» ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ:
14. эпилептоидные черты
15. депрессивные черты с суицидальной настроенностью
16. гипертимные черты
17. астено-невротические черты
18. ипохондрические черты
19. ВРАЧ КАК БОЛЬНОЙ — ЭТО:
20. благодарный пациент, облегчающий труд лечащего врача
21. такой же, как и все остальные пациенты
22. самый «трудный» и «нетипичный» больной
23. самый «типичный» больной
24. пациент, склонный часто критиковать своего лечащего врача
25. ВЛАСТНАЯ, АВТОРИТАРНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ» С ФИКСИРОВАННОЙ СТРУКТУРОЙ И ЖЕСТКИМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ РОЛЕЙ — ЭТО МОДЕЛЬ:
26. руководства
27. партнерства
28. руководства-партнерства
29. модель контракта
30. либеральная
31. ПАРТНЕРСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ» ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В:
32. клинике внутренних болезней
33. акушерстве и гинекологии
34. психиатрии и неврологии
35. психотерапии
36. хирургии
37. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С НЕВРОТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ВРАЧ-ПСИХОТЕРАПЕВТ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:
38. клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию
39. клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение
40. врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию
41. врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей
42. психотерапевт включается в процесс психотерапии только при наличии риска суицида, либо при стаже заболевания более 5 лет, во всех прочих случаях клинический психолог выполняет работу самостоятельно
43. ВЫРАЖЕННОСТЬ ПЛАЦЕБО-РЕАКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ:
44. внушаемости пациента
45. от эффекта первичности
46. рекламы
47. установки больного на терапию
48. все ответы верны
49. ВЫСКАЗЫВАНИЯ И ПОСТУПКИ ВРАЧА, КОТОРЫЕ НЕЦЕЛЕНАПРАВЛЕННО ПРИВОДЯТ К УХУДШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА, ЭТО:
50. социопатия
51. нозофилия
52. ятрогения
53. патогения
54. все ответы верны
55. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО СЛЕДУЮЩИЕ:
56. уменьшение уровня аффективных реакций
57. стремление к нормонозогнозии
58. перекладывание ответственности на пациента
59. обеспечение конфиденциальности
60. верно все, кроме 3
61. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
62. всегда
63. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет
64. при работе с лицами, признанными недееспособными
65. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению
66. НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (В СООТВ. С ЗАКОНОМ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»):
67. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет
68. лицам, страдающим психическими расстройствами
69. лицам, склонным к суицидальному поведению
70. всегда
71. КОНСУЛЬТАТИВНАЯ БЕСЕДА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО 1 ЧАСА (ПО GEORGE И CRISTIANI) ПРИ РАБОТЕ:
72. с детьми старше 12 лет
73. с 5-7-летним ребенком
74. с 8-12-летним ребенком
75. с детьми старше 7 лет
76. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДОПУСКАЕТСЯ:
77. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
78. после смерти пациента
79. в целях медицинского обследования и лечения пациента
80. лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей
81. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ:
82. после смерти пациента
83. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
84. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
85. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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.

**Вопросы для подготовки:**

1. Проблемы оценки эффективности в психотерапии. Соотнесенность критериев оценки с методом психотерапии
2. Соотнесенность критериев оценки психотерапии и подготовки психотерапевтов
3. Статистические критерии оценки эффективности психотерапии. Принцип формирования выборки для изучения эффективности психотерапии
4. Требования к исследовательскому дизайну при проведении оценки эффективности психотерапии
5. Непосредственные исследования эффективности. Катамнестические исследования психотерапии
6. Требования к объективизации процесса психотерапии
7. Личность психотерапевта и ее роль при анализе эффективности психотерапии
8. Проблема резистентности к психотерапии. Проблема сопоставимости исследований эффективности психотерапии
9. Методы и методики исследования эффективности психотерапии. Клинические шкалы оценки эффективности психотерапии. Критерии оценки эффективности психотерапии
10. Психологические и социально-психологические методы оценки эффективности психотерапии. Психофизиологические и физиологические методы и методики оценки эффективности психотерапии
11. Симптоматическая динамика при проведении психотерапии. Психологическая динамика при проведении психотерапии. Социальная динамика при проведении психотерапии
12. Особенности исследования эффективности психотерапии при различных ее формах
13. Оценка эффективности психотерапии при индивидуальной психотерапии
14. Оценка эффективности психотерапии в различных психотерапевтических парадигмах
15. Три плоскости рассмотрения терапевтической динамики при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Соматические изменения при проведения психотерапии и редукция симптоматики. Психологическая динамика в процессе психотерапии. Социальная динамика в процессе психотерапии
16. Оценка эффективности психотерапии при семейно-супружеской психотерапии
17. Оценка эффективности групповой психотерапии
18. Оценка эффективности терапевтической среды
19. Оценка эффективности психотерапии при различных заболеваниях
20. Психотерапевтическая динамика при неврозах
21. Психотерапевтическая динамика при малопрогредиентной шизофрении
22. Психотерапевтическая динамика больных хроническим алкоголизмом
23. Психотерапевтическая динамика больных с психотическими психическими расстройствами
24. Психотерапевтическая динамика при других пограничных психических расстройствах

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **Проверка историй болезни** | История болезни - учетно-оперативный документ, составляемый на каждого больного в стационаре лечебно-профилактического учреждения, предназначенный для регистрации сведений о диагнозе, течении и исходе болезни, а также диагностических и лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных за время пребывания больного в стационаре. Позволяет оценить умения студента применять полученные теоретические знания в непосредственных профессиональных ситуациях обучения (т.н. контекстное обучение). |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена

(зачета, экзамена)

Проводится по экзаменационным билетам в устной форме.

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

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

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

**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 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

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
97. Задачи дальнейшего организационного развития психотерапевтической помощи в РФ

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(приводятся типовые практические задания, упражнения, ситуационные задачи, манипуляционные упражнения и т.п., направленные на проверку каждого из указанных в рабочей программе дисциплины умения и навыка* ***с эталонами решения типовых практических заданий*.)**

**Ситуационные задачи**

**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.

**Тесты для промежуточного контроля знаний**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа** |
|  |  |  |
| В | 001 | Правильным определением социальной гигиены как науки является: |
| О | А | Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении. |
| О | Б | Социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения. |
| О | В | Социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения. |
| О | Г | Социальная гигиена – система мер по предупреждению заболеваний. |
|  |  |  |
| В | 002 | Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме |
| О | А | трудовой активности населения |
| О | Б | заболеваемости |
| О | В | инвалидности |
| О | Г | демографических показателей |
|  |  |  |
| В | 003 | Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах |
| О | А | от 11 до 15% |
| О | Б | от 5 до 10% |
| О | В | от 16 до 20% |
| О | Г | от 0 до 5 % |
|  |  |  |
| В | 004 | Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах |
| О | А | от 16 до 20% |
| О | Б | от 10 до 15% |
| О | В | от 20 до 25% |
| О | Г | свыше 25% |
|  |  |  |
| В | 005 | Показатель рождаемости населения в Российской Федерации в 1994 г. находился в пределах |
| О | А | до 10 на 1000 |
| О | Б | от 10 до 15 на 1000 |
| О | В | от 15 до 20 на 1000 |
| О | Г | от 20 до 25 на 1000 |
|  |  |  |
| В | 006 | Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме |
| О | А | уровня культуры населения |
| О | Б | экологических факторов среды |
| О | В | качества и доступности медицинской помощи |
| О | Г | безопасных условий труда |
|  |  |  |
| В | 007 | Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме |
| О | А | органа управления здравоохранением |
| О | Б | фонда медицинского страхования |
| О | В | страховой организации |
| О | Г | медицинского учреждения |
|  |  |  |
| В | 008 | В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме |
| О | А | организации добровольного медицинского страхования |
| О | Б | видов платных медицинских услуг |
| О | В | дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста |
| О | Г | стоимости различных видов медицинской помощи |
|  |  |  |
| В | 009 | Основными задачами поликлиники являются все, кроме |
| О | А | организации работ по пропаганде здорового образа жизни |
| О | Б | лечебно-диагностического обслуживания населения |
| О | В | профилактической работы |
| О | Г | экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |  |
| В | 010 | Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме |
| О | А | нормирования деятельности врачей |
| О | Б | анализа интенсивности потока больных по времени |
| О | В | правильной организации графика приема врачей |
| О | Г | четкой работы регистратуры |
|  |  |  |
| В | 011 | Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все, кроме |
| О | А | организации специализированной медицинской помощи |
| О | Б | оказания своевременной терапевтической помощи |
| О | В | организации госпитализации больных |
| О | Г | проведения экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |  |
| В | 012 | Структура больничных учреждений РФ включают все типы больниц, кроме |
| О | А | больницы восстановительного лечения |
| О | Б | центральной районной больницы |
| О | В | городской многопрофильной больницы |
| О | Г | сельской участковой больницы |
|  |  |  |
| В | 013 | Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме |
| О | А | социального страхования беременной женщины и женщины-матери |
| О | Б | заботы о здоровье матери и ребенка |
| О | В | обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав |
| О | Г | обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей |
|  |  |  |
| В | 014 | В определение понятия "здоровье ребенка" вносят все критерии, кроме |
| О | А | показателей рождаемости |
| О | Б | оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального |
| О | В | достаточной функциональной и социальной адаптации |
| О | Г | высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям |
|  |  |  |
| В | 015 | Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются |
| О | А | перинатальная смертность |
| О | Б | неонатальная смертность |
| О | В | постнеонатальная смертность |
| О | Г | ранняя неонатальная смертность |
|  |  |  |
| В | 016 | В течение какого периода времени со дня издания приказа органом здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам среднего медицинского (фармацевтического) персонала? |
| О | А | в течение 5 лет |
| О | Б | в течение 3 лет |
| О | В | в течение 7 лет |
| О | Г | в течение 9 лет |
|  |  |  |
| В | 017 | Запись в трудовой книжке специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала) о присвоении ему по результатам аттестации (переаттестации) квалификационной категории |
| О | А | вносится |
| О | Б | вносится не обязательно |
| О | В | не вносится |
| О | Г | вносится через раз |
|  |  |  |
| В | 018 | вносится через раз |
| О | А | верно все нижеперечисленное |
| О | Б | это специфическое проявление общей этики в деятельности врача |
| О | В | это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств |
| О | Г | это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников |
|  |  |  |
| В | 019 | Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства |
| О | А | всегда |
| О | Б | в особых случаях |
| О | В | не всегда |
| О | Г | через раз |
|  |  |  |
| В | 020 | Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все, кроме |
| О | А | трудовой активности |
| О | Б | инвалидности |
| О | В | физического развития |
| О | Г | комплексных оценок здоровья населения |
| **ВАРИАНТ № 2** | | |
| В | 01 | Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная |
| О | А | 95% |
| О | Б | 68% |
| О | В | 90% |
| О | Г | 92% |
|  |  |  |
| В | 02 | Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле |
| О | А | (число умерших за 1 год ' 1000)/ (средняя численность населения) |
| О | Б | (число умерших за 1 год ' 1000)/ (численность населения) |
| О | В | (численность населения)/ (число умерших за 1 год ' 1000) |
| О | Г | (средняя численность населения)/ (число умерших за 1 год ' 1000) |
|  |  |  |
| В | 03 | Вся совокупность высшей нервной деятельности человека включает следующие основные инстанции, кроме (И.П.Павлов, 1933) |
| О | А | полушарий мозжечка, теменных долей больших полушарий, без мозолистого тела |
| О | Б | ближайшей к полушариям подкорки с ее сложнейшими безусловными рефлексами, влечениями, эмоциями |
| О | В | больших полушарий головного мозга без лобных долей |
| О | Г | лобных долей больших полушарий |
|  |  |  |
| В | 04 | Истерическое состояние связано прежде всего с функциональными нарушениями (И.П.Павлов, 1933) |
| О | А | естественной соподчиненности основных инстанций высшей нервной деятельности |
| О | Б | в полушариях мозга |
| О | В | в мозолистом теле |
| О | Г | в лобных долях больших полушарий |
|  |  |  |
| В | 05 | Из всех типов наиболее совершенный (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | сильный уравновешенный тип |
| О | Б | сильный неуравновешенный тип |
| О | В | слабый неуравновешенный тип |
| О | Г | слабый уравновешенный тип |
|  |  |  |
| В | 06 | К основным свойствам нервной системы относятся все перечисленные, кроме (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | инертности основных видов психической деятельности и устойчивости основных нервных процессов |
| О | Б | силы основных нервных процессов - раздражительного и тормозного, постоянно составляющих целостную нервную деятельность |
| О | В | подвижности основных нервных процессов |
| О | Г | равновесия основных нервных процессов |
|  |  |  |
| В | 07 | Условный рефлекс - это (И.П.Павлов, 1932) |
| О | А | рефлекс, основным условием образования которого есть совпадение во времени один или несколько раз индифферентного раздражителя с безусловным; то, что мы называем ассоциацией (рефлексом) по одновременности |
| О | Б | постоянная связь внешнего агента с ответной на него деятельностью организма |
| О | В | рефлекс, возбуждающийся внешними агентами, что и обусловливает совершенство уравновешивания |
| О | Г | то же самое, что "угасательное напряжение" |
|  |  |  |
| В | 08 | Иррадиация тормозного процесса при слабом его напряжении называется (И.П.Павлов, 1932) |
| О | А | гипнозом |
| О | Б | пассивной индукцией |
| О | В | парадоксальной фазой |
| О | Г | "инвалидной концентрацией" |
|  |  |  |
| В | 09 | Неврастения - это (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | болезненная форма слабого-общего и среднего человеческого типа |
| О | Б | продукт слабого-общего типа в соединении с художественным |
| О | В | продукт слабого-общего типа в соединении с мыслительным |
| О | Г | переживание отсутствия чувства реального, ощущение неполности жизни |
|  |  |  |
| В | 010 | Патологическая инертность может вызываться (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | умеренным, но постоянно нарастающим напряжением раздражительного процесса; ошибками раздражительного процесса с тормозным |
| О | Б | явлениями стереотипий |
| О | В | паранояльными переживаниями |
| О | Г | навязчивостями |
|  |  |  |
| В | 011 | Под доминантой (состоянием доминанты) по А.А.Ухтомскому (1927) понимают все перечисленное, кроме |
| О | А | "оттока" возбуждений, как некоей энергии, от центров, впадающих в торможение, к центрам, наиболее возбуждающимся; заключается в том, что чрезвычайный "заряд" возбуждения в центрах разрешается от малейшего добавочного стимула |
| О | Б | растревоженного, разрыхленного места нервной системы, своего рода "съемки", к которой пристает все нужное и ненужное, из чего потом делается подбор того, чем обогащается опыт |
| О | В | повсюду господствующего возбуждения посреди прочих, и повсюду она есть продукт суммирования возбуждений |
| О | Г | характеризуется тем, что самые различные по месту приложения раздражения вызывают в первую голову реакции в одном определенном направлении |
|  |  |  |
| В | 012 | Состояние возбуждения в доминанте характеризуется всеми следующими признаками, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| О | А | высокой силы возбуждения в доминантном центре |
| О | Б | стойкости возбуждения |
| О | В | повышенной возбудимости |
| О | Г | способности суммировать возбуждение |
|  |  |  |
| В | 013 | Доминанта (состояние доминанты) проявляется всем перечисленным, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| О | А | человек в бессоннице наполнен слабо бродящими, неопределенными впечатлениями (как в пушкинских "Стихах, сочиненных ночью во время бессонницы") |
| О | Б | ум, беременный идеей, вдруг находит механизм для ее разрешения посреди "не идущих к делу" впечатлений от восхождения на горы или от созерцания обезьян в зоологическом саду |
| О | В | ученый схоластического склада не может вырваться из круга однажды усвоенных теорий |
| О | Г | гебефреник повторяет все одни и те же бредовые заявления |
|  |  |  |
| В | 014 | По П.К.Анохину (1968), возможно выделить следующие формы афферентных воздействий, отправляясь не от качества воздействующей энергии, а от места и значения в формировании целостных поведенческих актов организма, кроме |
| О | А | дистантной и тактильной афферентации |
| О | Б | обратной афферентации |
| О | В | обстановочной афферентации |
| О | Г | пусковой афферентации |
|  |  |  |
| В | 015 | Адекватный условный рефлекс может иметь место только при определенном синтезе следующих двух афферентаций (П.К.Анохин, 1968) |
| О | А | обстановочной и пусковой |
| О | Б | контактной и пусковой |
| О | В | контактной и интероцептивной |
| О | Г | пусковой и экстероцептивной |
|  |  |  |
| В | 016 | Проприоцептивной афферентацией является афферентация (П.К.Анохин, 1968) |
| О | А | направляющая движение |
| О | Б | результативная |
| О | В | информирующая о результатах совершенного действия, дающая возможностьорганизму в целом оценить степень успеха выполняемого им действия |
| О | Г | дающая информацию о том, что результат действия соответствует исходному намерению |
|  |  |  |
| В | 017 | Афферентный синтез сказывается в том, что (П.К.Анохин, 1968) |
| О | А | возбуждения от условного стимула вступают во взаимодействие, единство с теми возбуждениями, которые были подготовлены совокупностью предшествующих раздражений, в виде системы предпусковых возбуждений. Экспериментальное животное, как и человек, строго координирует свои поведенческие возможности в соответствии с данной ситуацией |
| О | Б | поведенческий акт всегда удовлетворяет какую-то потребность организма, или нутритивную или идеальную |
| О | В | условный раздражитель представляет собой абсолютное и единственное в получении условной реакции |
| О | Г | внешний раздражитель, поступая в форме возбуждения в центральную нервную систему, линейно распространяется в ней в соответствии с классической рефлекторной теорией |
|  |  |  |
| В | 018 | К основным функциональным блокам (аппаратам) мозга, участие которых необходимо для осуществления любого вида психической деятельности, относятся (А.Р.Лурия, 1973) |
| О | А | блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегрирования и абстрактного мышления |
| О | Б | блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования |
| О | В | блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира |
| О | Г | блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности |
|  | 1 |  |
| В | 019 | Лобные доли человека непосредственно не участвуют (А.Р.Лурия, 1973) |
| О | А | в приеме и хранении экстероцептивной информации |
| О | Б | в сложнейших формах программирования |
| О | В | в регуляции сознательной деятельности человека |
| О | Г | в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность |
|  |  |  |
| В | 020 | Стресс (по Г.Селье) - это |
| О | А | неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром |
| О | Б | нервное вредоносное напряжение |
| О | В | вид дистресса |
| О | Г | защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором |
| **ВАРИАНТ № 3** | | |
| В | 01 | Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г.Селье) |
| О | А | фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения |
| О | Б | реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией |
| О | В | фаза сопротивления без лишних волнений |
| О | Г | фаза истощения |
|  |  |  |
| В | 02 | Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г.Селье) |
| О | А | раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божию" |
| О | Б | обрести власть, славу, безопасность |
| О | В | дарить радость в порядке бескорыстной филантропии |
| О | Г | получать радость, наслаждаться |
|  |  |  |
| В | 03 | Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г.Селье) |
| О | А | в минуты равнодушия |
| О | Б | в минуты тихого духовного просветления |
| О | В | во время творческого вдохновения |
| О | Г | когда человек мертв |
|  |  |  |
| В | 04 | Вероятностное прогнозирование (И.М.Фейгенберг, 1986) включает все перечисленное, кроме |
| О | А | абсолютно достоверного убеждения - ожидания наступления того или иного события |
| О | Б | моделирования вероятностно организованного мира живущим в этом мире существом |
| О | В | способности сопоставлять поступающую через анализаторы информацию о наличной ситуации с хранящейся в памяти информацией о соответствующем прошлом опыте и на основании этого сопоставления строить предположения о предстоящих событиях, приписывая каждому их этих предположений ту или иную степень достоверности |
| О | Г | способности, необходимой для хорошего осуществления ориентировочной реакции |
|  |  |  |
| В | 05 | Во время "парадоксального" сна отмечается (И.М.Фейгенберг, 1972) |
| О | А | быстрое движение глаз и повышение артериального давления |
| О | Б | отсутствие сновидений |
| О | В | интенсивное напряжение мышц всего тела |
| О | Г | медленные электрические колебания мозга |
|  |  |  |
| В | 06 | Психофизиология - наука (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | изучающая физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях |
| О | Б | близкая к психоанализу |
| О | В | рассматривающая человека как социальное существо |
| О | Г | изучающая прежде всего сложное поведение человека в экстремальных условиях |
|  |  |  |
| В | 07 | Функциями таламуса являются (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | сенсорные пункты переключения на пути к коре мозга |
| О | Б | регуляция висцеральных и соматических функций: температуры тела, обмена веществ, гормонального баланса и др. |
| О | В | мышечный тонус |
| О | Г | активация обширных областей коры |
|  |  |  |
| В | 08 | Симпатическая система в отличие от парасимпатической (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | осуществляет катаболизм |
| О | Б | своими симпатическими волокнами выходит из черепного и крестцового отделов спинного мозга |
| О | В | осуществляет анаболизм |
| О | Г | дает более кратковременную и более локальную активацию |
|  |  |  |
| В | 09 | Симпатическую систему называют также (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | тораколюмбальной и адренэргической |
| О | Б | краниосакральной |
| О | В | анаболической |
| О | Г | ацетилхолиновой |
|  |  |  |
| В | 10 | "Альфа-волны" (по Бергеру) - это |
| О | А | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| О | Б | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| О | В | волны, обнаруживающие дремоту (4-8 Гц) |
| О | Г | волны, обнаруживающие сон (менее 4 Гц) |
|  |  |  |
| В | 011 | Височная кора более связана (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | со слуховой системой |
| О | Б | с обонянием |
| О | В | с чувствительностью тела |
| О | Г | с движением тела |
|  |  |  |
| В | 012 | Обратная связь обнаруживает себя во всех перечисленных способах лечения, кроме |
| О | А | лечения болезненного переживания своей неполноценности по принципу "biofeedback" и интеграционного лечения неврастенической бессонницы |
| О | Б | эффекта "плацебо" |
| О | В | лечении эпилепсии с помощью обратной связи от ЭЭГ |
| О | Г | "тренировки по электромиограмме" |
|  |  |  |
| В | 013 | Основными разновидностями эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| О | А | психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий |
| О | Б | стрессогенных воздействий |
| О | В | психогенных воздействий |
| О | Г | тимогенных воздействий |
|  |  |  |
| В | 014 | К основным эмоционально-стрессовым относятся все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| О | А | одухотворенного возбуждения и воздействия элементами этики Спинозы |
| О | Б | сократического диалога |
| О | В | фанатизма цели |
| О | Г | стрессового гипноза |
|  |  |  |
| В | 015 | К основным общим факторам в психотерапевтических воздействиях, без знания которых едва ли возможен правильный учет эффективности психотерапии, относится все перечисленное, за исключением (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| О | А | характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта |
| О | Б | оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом |
| О | В | убеждения и внушения, явного или скрытого |
| О | Г | приобретения социальных навыков на модели психотерапевта |
|  |  |  |
| В | 016 | Анализ результатов психофизиологических, биологических исследований,проведенных в клинике неврозов и психотерапии Института Бехтерева, убеждает в том, что (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| О | А | имеется отчетливая зависимость между степенью выраженности q-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакцией на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинических субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности |
| О | Б | у больных неврозами обнаруживается определенные изменения в системе эндорфинов, энкефалинов |
| О | В | лечебный сдвиг регистрируется только на вегетосоматическом уровне |
| О | Г | благотворные изменения, происходящие с невротиком, обнаруживаются в обмене холестерина |
|  |  |  |
| В | 017 | К критериям психиатрического клиницизма относится все перечисленное, кроме (М.Е.Бурно, 1989) |
| О | А | работы с достаточно выраженными клиническими душевными расстройствами |
| О | Б | осознанного ощущения единства дела и духа и отчетливого видения-чувствования биологической базы во всякой, даже самой одухотворенно-тонкой душевной патологии (первичность материи по отношению к духу, не существующему без материи) |
| О | В | серьезного, насущного внимания к личностной почве |
| О | Г | убежденности в эволюционном единстве всего живого, что ясно видится и во многих душевных расстройствах |
|  |  |  |
| В | 018 | Особенность клинической психотерапии состоит в том, что (М.Е.Бурно, 1989) |
| О | А | психотерапевт с глубоким доверием, вниманием исследует, как лечит сама природа, помогая ей защищаться совершеннее; будучи клиницистом, сообразует свое психотерапевтическое воздействие с клинической картиной |
| О | Б | истинной, подлинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением |
| О | В | это лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории (в отличие от психокоррекции) |
| О | Г | для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, лучше вообще |
|  |  |  |
| В | 019 | Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд) |
| О | А | противодействия двух различных измерений |
| О | Б | соматических расстройств (например, нарушение кровообращения) |
| О | В | возбуждения, расстройства внимания |
| О | Г | утомления, рассеянности |
|  |  |  |
| В | 020 | Страдающий навязчивым состоянием невротик обычно исходно отличается всем перечисленным, за исключением (З.Фрейд) |
| О | А | несложного и недалекого ума, детского легкомыслия |
| О | Б | весьма энергичного характера |
| О | В | упрямства |
| О | Г | чрезмерной совестливости |
| **ВАРИАНТ № 4** | | |
| В | 01 | Смысл симптома включает все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический |
| О | Б | куда или к чему ведет |
| О | В | впечатления и переживания, от которых он исходит |
| О | Г | откуда он берется |
|  |  |  |
| В | 02 | Цель навязчивого симптома зависит прежде всего от (З.Фрейд) |
| О | А | бессознательного |
| О | Б | образованности пациента |
| О | В | религиозности пациента |
| О | Г | нозологической окраски |
|  |  |  |
| В | 03 | Вытесненные душевные движения - это душевные движения (З.Фрейд) |
| О | А | не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное |
| О | Б | стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души |
| О | В | в которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция |
| О | Г | которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются |
|  |  |  |
| В | 04 | Из нижеследующих понятий понимания душевной жизни более оправданны все следующие, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | подсознательного и внутрисознательного |
| О | Б | бессознательного |
| О | В | предсознательного |
| О | Г | сознательного |
|  |  |  |
| В | 05 | Страж - это (З.Фрейд) |
| О | А | то, что находится между предсознательным и бессознательным; цензура, которой подвергается образование явного сновидения |
| О | Б | то, что находится между подсознательным и сознательным |
| О | В | то, что находится между внутрисознательным и подсознательным |
| О | Г | деперсонализационный интраверт |
|  |  |  |
| В | 06 | Симптом - это (З.Фрейд) |
| О | А | заместитель чего-то, чему помешало вытеснение |
| О | Б | сопротивление |
| О | В | околосознательное |
| О | Г | проявление скрытых свойств характера |
|  |  |  |
| В | 07 | Сопротивление исходит из (З.Фрейд) |
| О | А | сил "Я", известных и скрытых свойств характера |
| О | Б | сексуальной энергии |
| О | В | вытеснения |
| О | Г | бессознательных глубинных агрессивных переживаний |
|  |  |  |
| В | 08 | Целью невротических симптомов является все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | сопротивление вытесненому |
| О | Б | уйти в навязчивости, истерические конверсивные расстройства и другое невротическое от неспособности сознательно, разумно-человечески решить определенную конфликтную ситуацию |
| О | В | заменить, заместить собой то сексуальное удовлетворение, которого невротики лишены в жизни |
| О | Г | сексуальное удовлетворение невротиков |
|  |  |  |
| В | 09 | Пациенты с "неврозами перенесения" заболели вследствиие (З.Фрейд) |
| О | А | вынужденного отказа от чего-то, когда реальность не дает удовлетворения их сексуальным желаниям |
| О | Б | сексуального истощения |
| О | В | переживания своей духовной неполноценности |
| О | Г | отсутствия смысла существования |
|  |  |  |
| В | 010 | Самая примитивная ступень (фаза) развития либидо - это (З.Фрейд) |
| О | А | оральная |
| О | Б | садистско-анальная |
| О | В | комплекс Электры |
| О | Г | генитальная |
|  |  |  |
| В | 011 | Регрессия - это (З.Фрейд) |
| О | А | возврат либидо на более ранние степени его развития |
| О | Б | процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного |
| О | В | чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам |
| О | Г | процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему |
|  |  |  |
| В | 012 | При истерии обнаруживается главным образом (З.Фрейд) |
| О | А | вытеснение |
| О | Б | мастурбационный комплекс |
| О | В | анальные переживания |
| О | Г | регрессия либидо на предварительную ступень садистско-анальной организации |
|  |  |  |
| В | 013 | При неврозе навязчивых состояний обнаруживается главным образом (З.Фрейд) |
| О | А | маскировка любовного импульса под садистский |
| О | Б | регрессия либидо без вытеснения |
| О | В | неосознанное сексуальное извращение |
| О | Г | оральное эротическое напряжение |
|  |  |  |
| В | 014 | Невротические симптомы являются результатом всего перечисленного, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | того, что либидо добивается какого-нибудь реального, хотя уже и ненормального удовлетворения |
| О | Б | конфликта, возникающего из-за нового вида удовлетворения либидо |
| О | В | бессознательного отступления либидо, благодаря фиксации на его пути развития (проходимом теперь регрессивно), против которых "Я" защищалось в свое время вытеснениями |
| О | Г | компромисса неудовлетворенного, отвергнутого реальностью либидо и его регрессией с выходом из-под власти "Я" |
|  |  |  |
| В | 015 | Чистые формы актуальных неврозов включают все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | невроза навязчивых состояний и истерии |
| О | Б | невроза страха |
| О | В | ипохондрии |
| О | Г | неврастении |
|  |  |  |
| В | 016 | Невроз перенесения - это (З.Фрейд) |
| О | А | конверсионная истерия и истерия страха |
| О | Б | невроз страха |
| О | В | неврастения |
| О | Г | парафрения |
|  |  |  |
| В | 017 | Фобия - это (З.Фрейд) |
| О | А | вытеснение и перевод либидо в страх, связанный с внешней опасностью; "окоп" против внешней опасности, которую представляет собой внушающее страх либидо |
| О | Б | свободный страх, готовый привязаться к любому более или менее подходящему содержанию представления, оказывающий влияние на суждение |
| О | В | бессознательный уход в болезнь (в данном случае конкретный страх, не имеющий отношения к либидо) от сложной конфликтной ситуации |
| О | Г | навязчивый, беспредметный страх, пассивно возникающий только в конкретной "фобической" ситуации и не существующий вне ее |
|  |  |  |
| В | 018 | Анализ (по Юнгу) - это |
| О | А | диалектический многосоставной обмен между двумя личностями; попытка исцеления из личности самого пациента |
| О | Б | техника, которую возможно применять согласно правилам |
| О | В | исцеление путем внушений аналитика |
| О | Г | преобладание воли аналитика над волей пациента |
|  |  |  |
| В | 019 | В чем состоит (по Юнгу) работа сна (сновидения)? |
| О | А | с помощью сна инстинктивные силы влияют на активность сознания; символы сна есть проявления той сферы, которая вне контроля разума |
| О | Б | в работе сна нет смысла и целенаправленности |
| О | В | в маскировке бессознательных желаний |
| О | Г | сон продуцирует определенную мысль |
|  |  |  |
| В | 020 | Сон (сновидение) - это (К.Юнг) |
| О | А | явление, служащее целям компенсации; нормальное психическое явление, передающее бессознательные реакции или спонтанные импульсы сознанию |
| О | Б | символы бессознательных сексуальных желаний |
| О | В | символическое переживание своей неполноценности |
| О | Г | архетипы аутоагрессии |
| **ВАРИАНТ № 5** | | |
| В | 01 | Архетипы - это все перечисленное, за исключением (К.Юнг) |
| О | А | некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов |
| О | Б | "архаических остатков" (З.Фрейд) |
| О | В | часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца |
| О | Г | "первобытных образов" (К.Юнг) |
|  |  |  |
| В | 02 | Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей |
| О | А | гипертимический и аффективно-лабильный |
| О | Б | циклоидный |
| О | В | сенситивный |
| О | Г | шизоидный |
|  |  |  |
| В | 03 | В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют |
| О | А | лабильный |
| О | Б | эмотивный |
| О | В | интровертированный |
| О | Г | демонстративный |
|  |  |  |
| В | 04 | В структуре личности, по Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме |
| О | А | архитипа и расового бессознательного |
| О | Б | личного бессознательного |
| О | В | коллективного бессознательного |
| О | Г | сознания |
|  |  |  |
| В | 05 | По Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции |
| О | А | стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности |
| О | Б | либидо |
| О | В | врожденная агрессивность |
| О | Г | генетическое стремление к власти |
|  |  |  |
| В | 06 | По Фромму, "социальный характер" формируется непосредственно |
| О | А | общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей |
| О | Б | обществом |
| О | В | идеологией |
| О | Г | культурой |
|  |  |  |
| В | 07 | Основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса являются все перечисленное, кроме |
| О | А | врожденной агрессивности человека |
| О | Б | категории самооценки |
| О | В | перенесения ребенком источника оценок на других людей |
| О | Г | ситуации, в результате которой ребенок "предает мудрость своего организма" и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих |
|  |  |  |
| В | 08 | Олпорт выделяет следующие черты, свойственные здоровой личности |
| О | А | постоянный процесс индивидуализации |
| О | Б | вытеснение |
| О | В | проекция |
| О | Г | сублимация |
|  |  |  |
| В | 09 | Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме |
| О | А | оздоровление общества - это укрощение агрессии и либидо |
| О | Б | человек и животное изначально добры |
| О | В | человек обязан быть тем, чем он может стать |
| О | Г | потребности в самоактуализации у невротиков не возникает |
|  |  |  |
| В | 010 | Основными положениями экзистенциальной теории в обобщенной форме являются (по Б.В.Зейгарник) все перечисленные, исключая |
| О | А | структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений |
| О | Б | человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам |
| О | В | человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии |
| О | Г | специфически человеческим является "рефлектирующее" сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей |
|  |  |  |
| В | 011 | Основными положениями "понимающей психологии" Шпрангера являются все перечисленные, кроме |
| О | А | психическое "излучается" врожденным, биологическим темпераментом; психическое - это сопереживание |
| О | Б | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| О | В | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| О | Г | структура отдельной личности соотносится с духовными ценностями, культурой общества |
|  |  |  |
| В | 012 | Фрустрационный тест Розенцвейга выявляет все перечисленное, кроме |
| О | А | силы либидо личности исследуемого и уровня притязаний личности |
| О | Б | экстрапунитивности личности исследуемого |
| О | В | интрапунитивности личности исследуемого |
| О | Г | импунитивности личности исследуемого |
|  |  |  |
| В | 013 | Клинический метод изучения здоровой личности заключается в том, что |
| О | А | особенности здоровой личности клинически оцениваются с точки зрения возможных их патологических заострений, "гипертрофий"; здоровую (акцентированную) личность клинически сравнивают с соответствующей ей по "рисунку" структуре психопатической |
| О | Б | исследуется Миннесотским опросником личность соматически больного |
| О | В | исследуются возникшие на здоровой личностной почве психогенные расстройства |
| О | Г | психологическими тестами исследуют душевноздорового |
|  |  |  |
| В | 014 | Защитный психологический механизм "вытеснения" характерен для страдающих |
| О | А | истерическим неврозом |
| О | Б | депрессивным неврозом |
| О | В | неврозом навязчивых состояний |
| О | Г | неврастенией |
|  |  |  |
| В | 015 | Для страдающих неврастенией характерна психологическая защита по типу |
| О | А | "отрицания", "рационализации" |
| О | Б | шизоидизации |
| О | В | "интермиссии", "агглютинации" |
| О | Г | "интеллектуализации" |
|  |  |  |
| В | 016 | Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводит к возникновению (по Мясищеву) |
| О | А | неврастении |
| О | Б | истерического невроза |
| О | В | ипохондрического невроза |
| О | Г | депрессивного невроза |
|  |  |  |
| В | 017 | Внутренняя картина болезни включает в себя |
| О | А | то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы; всю массу болезненных, тягостных ощущений |
| О | Б | данные рентгенологического исследования |
| О | В | все то, что удается получить с помощью биохимического исследования |
| О | Г | все то же самое, что и субъективные жалобы больного |
|  |  |  |
| В | 018 | Клиническая психология включает в себя (А.В.Петровский и М.Г.Ярошевский, 1990) |
| О | А | нейропсихологию и соматопсихологию |
| О | Б | нейролингвистику |
| О | В | психотерапию |
| О | Г | психогигиену |
|  |  |  |
| В | 019 | В задачу медицинской психологии входит все перечисленное, кроме (М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов, 1983) |
| О | А | лечения пограничных расстройств |
| О | Б | изучения влияния тех или иных болезней на психику |
| О | В | изучения психических проявлений различных болезней в их динамике |
| О | Г | изучения характера отношений больного человека с окружающей его микросредой |
|  |  |  |
| В | 020 | Клиническими направлениями (подходами) психотерапии, включенными в область клинической медицины, являются |
| О | А | психотерапевтический подход Э.Кречмера |
| О | Б | нейро-лингвистическое программирование |
| О | В | психоанализ Фромма |
| О | Г | гуманистическая психотерапия Маслоу |

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Общая психопатология. Понятие симптома и синдрома в психиатрии.
2. Определение психотерапии.
3. Высшая нервная деятельность и её регуляторные функции. Нейрохимические системы мозга.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Расстройства ощущений. Расстройства восприятий и представлений. Виды галлюцинаторных расстройств.

2. Классификация психологических средств лечения.

3. Электроэнцефалография.Магнитоэнцефалография. Реоэнцефалография. Эхоэнцефалография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Позитронно-эмиссионная томография.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 10

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №3/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Определение мышления. Ассоциации и их нарушения. Виды нарушений смыслообразования. Бред и бредовые расстройства. Бредовые синдромы.

2. Психотерапевтические приемы и техники.

3. Этапы развития нервной системы в филогенезе. Этапы развития ЦНС у человека на разных стадиях онтогенеза.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №2/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Семиология расстройств сознания. Синдромы помрачения сознания. Синдромы дезорганизации (спутанности) сознания.

2. Психотерапевтические методы.

3. Центральная нервная система, головной мозг и его строение.Принцип системной организации интегративной деятельности мозга.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 7

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Проблемы соотношения мозга и психики.

2. Психотерапевтические направления.

3. Память и семиология её расстройства. Синдромы расстройств памяти. Определение и свойства интеллекта. Семиология расстройств интеллекта.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 8

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Определение эмоций и семиология их расстройств. Синдромы эмоциональных расстройств.

2. Психика как функциональная система.

3. Методы исследования в психофизиологии профессиональной деятельности. Дифференциальная психофизиология.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 2

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Определение воли и семиология её расстройств. Синдромы нарушений воли.

2. Определение личности. Свойства личности.

3. Права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 1

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №3/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Клиническая и психопатологическая характеристика шизотипического расстройства.

2. Характеристика зрелой личности и полноценное функционирование личности.

3. Организация и управление психиатрической помощью. Организационно-правовые основы врачебно-трудовой и военно-врачебной экспертизы при психических расстройствах.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 4

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №2/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Понятие психогений и виды (классификация) психогенных расстройств.

2. Теория копинг-поведения Р. Лазаруса.

3. Психологические, социальные, биологические основы зависимости от психоактивных веществ.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 6

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Клиническая и семиологическая характеристика ПТСР. Учение о неврозах. Этиопатогенетическая сущность невроза. Классификация неврозов.

2. Психологическая защита и защитное поведение.

3. Организация неотложной помощи в наркологии. Экспертиза опьянения психоактивным веществом.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 5

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Обсессивно-компульсивные расстройства. Неврастения.

2. Сопротивление.

3. Основания для госпитализации в психиатрический стационар. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 8

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

2. Личность психотерапевта и позиции лечащего врача.

3. Синдром отмены у наркологических больных. Соматические и психотические расстройства при зависимостях от ПАВ.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 7

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №3/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Хронические изменения личности: определение, критерии, классификация.

2. Адаптивное поведение.

3. Типы течения алкоголизма. Критерии злокачественного прогрессирования.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 10

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №2/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Синдромы эмоциональных нарушений.

2. Симптоматическая психотерапия.

3. Особенности алкоголизма у женщин, детей и подростков, у лиц пожилого возраста.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 6

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Определение личности и типы личностной патологии.

2. Патогенетическая психотерапия.

3. Клиника и классификация алкогольных психозов, психозов от употребления наркотических веществ.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 4

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Действующая международная классификация психических болезней. Основные её принципы.

2. Личностно-конструктивная психотерапия.

3. Лечение и реабилитация больных как процесс психологического взаимодействия. Ведение наркологических больных в начальном периоде ремиссий.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 9

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Общая характеристика органических, включая симптоматические, психических расстройств.

2. Учение о комплексах.

3. Начальный, основной, заключительный периоды реабилитации (средства, методы, цели и задачи). Логика психологического консультирования наркологических больных.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №3/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Группа психопатологических синдромов, предпочтительных для органических, включая симптоматические, психических расстройств.

2. Структурирование проблемного состояния.

3. Когнитивно - поведенческая психотерапия в наркологии.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 5

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №2/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Антипсихотики (нейролептики): общая характеристика, классификация, основной и дополнительный спектр действия.Побочные эффекты и осложнения при лечении антипсихотиками.

2. Структурирование образа достижения.

3. Суггестивная психотерапия в наркологии.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 10

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Антидепрессанты: общая характеристика, классификация, основной и дополнительный спектр действия.Побочные эффекты и осложнения при лечении антидепрессантами.

2. Внутренняя картина болезни.

3. Личностно-реконструктивная психотерапия.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 9

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Основные психометрические шкалы, используемые для оценки эффективности антидепрессивной терапии. Алгоритм успешного лечения депрессии.

2. Внутренняя картина здоровья.

3. Сущность гипнотического состояния. Классическая гипнотерапия и эриксоновский гипноз.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 8

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Индекс суицидальности у больных с депрессией.

2. Формула здоровья-болезни.

3. Медицинская, психологическая и социальная модели реабилитации.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 2

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №3/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Нормотимики (тимоизолептики).

2. Критерии эффективности психотерапии.

3. Предмет социальной психиатрии. Задачи социальной психиатрии. Методы социальной психиатрии

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 1

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №2/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Транквилизаторы: общая характеристика, классификация, основной и дополнительный спектр действия. Побочные эффекты и осложнения при лечении транквилизаторами.

2. Супервизия.

3. Социальная психиатрия и общество. Социальное состояние общества и психическое здоровье населения.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 6

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина: «Психотерапия»**

**Курс обучения: Первый**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Общая характеристика и классификация современных антиэпилептических препаратов.

2. Психотерапевтическое консультирование.

3. Общественное психическое здоровье. Превентивные терапевтические и реабилитационные мероприятия у детей. Социальные факторы риска психических расстройств у лиц старшего возраста

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 5

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопросС/практического задания) |
| 1 | | УК-1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; | **Знать** основные концепции и теории личности, лежащие в основе основных методов психотерапии; их специфику, теоретико-методологические основы и исторические особенности их создания, перспективы их дальнейшего развития. | вопросы № 1-24 |
| **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 №25-31, практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **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. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 2 | | УК-2 - готовность к управлению коллектива, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия; | **Знать** основные концепции социально-стрессовых влияний, теоретические основы социального стресса, концепции психотравмирующих факторов, влияющих на развитие и возникновение невротических расстройств, социальные, социально-стрессовые и социально-психологические факторы, способствующие возникновению и развитию неврозов и других пограничных расстройств. | вопросы №91-97 |
| **Уметь** в условиях внебольничной практики производить оценку роли социальных (социально-стрессовых, социально-психологических) факторов в возникновении психогенного расстройства и психотерапии. | практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **Владеть** основными понятиями и теориями психотравмирующего воздействия, стрессовых и невротических расстройств. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 3 | | 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. | **Знать** основные понятия суггестивной психотерапии, теоретические и практические основы, принципы проведения, показания и противопоказания. | вопросы №91-97 |
| **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 №25-30, 84,86-88  практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **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. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 4 | | ПК-5 - диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; | **Знать** основные этапы развития теории личностных расстройств; определение целей, предмета и задач психотерапии и психопрофилактики в клинике личностных расстройств; современные теоретические представления и исследования; общую семиотику расстройств этой клинической группы; отечественные классификации в сопоставлении с современной международной классификацией психических расстройств по МКБ-10, клинические проявления расстройств этой клинической группы; задачи клинической психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики. | вопросы №5-7, 22,70-90 |
| **Уметь** в условиях внебольничной практики и в клинике проводить оценку роли психологических и социальных факторов в этиопатогенезе заболевания и состояния конкретного больного, в том числе, для целей и задач лечения и профилактики; планировать и реализовать психокоррекционные, психотерапевтические, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, экспертизу трудоспособности. | вопросы №25-30, 84,86-88  практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **Владеть** практическими навыками клинико-психологического обследования больного с личностными расстройствами; навыками психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 5 | | ПК-6 - лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Уметь** в условиях внебольничной практики создать организационные условия для проведения психотерапии, организовать начало психотерапевтического процесса, провести первичное интервью пациента, заключить контракт на проведение психотерапии, разработать стратегию проведения, проводить психотерапию в условиях внебольничной практики. | вопросы №25-59, 70-90 |
| **Владеть** основными навыками проведения психотерапии, организации процесса психотерапии, создания союза, постановки целей и задач психотерапии; принципами оценки эффективности психотерапевтического процесса. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 6 | | ПК-7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации. | **Уметь** в условиях внебольничной практики создать организационные условия для проведения психотерапии, организовать начало психотерапевтического процесса, провести первичное интервью пациента, заключить контракт на проведение психотерапии, разработать стратегию проведения, проводить психотерапию в условиях внебольничной практики. | вопросы №60-69, 72,73,77-80 |
| **Владеть** основными навыками проведения психотерапии, организации процесса психотерапии, создания союза, постановки целей и задач психотерапии; принципами оценки эффективности психотерапевтического процесса. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 7 | | ПК-9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной  на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | **Знать** основные психологические направления школы, психологические теории, лежащие в основе психотерапии. | вопросы №5-12, 19-21,28,71,82-85,90 |
| **Уметь** в условиях внебольничной практики производить оценку роли психологических факторов в возникновении психогенных расстройств. | вопросы №82-85,90  практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **Владеть** основными понятиями современной психологии. | Ситуационные задачи №1-10 |
| 8 | ПК-10: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | | **Знать** основные этапы развития теории и практики организации психотерапевтической помощи; определение целей, предмета и задач организации психотерапевтической помощи, особенности организации психотерапевтической помощи в лечебно – профилактических учреждениях различного профиля; современные формы организация психиатрической и психотерапевтической помощи, бригадную модель оказания психиатрической и психотерапевтической помощи. | вопросы №91-97 |
| **Уметь** организовать рабочее место врача – психотерапевта в учреждении, оказывающем психиатрическую, психотерапевтическую и иную помощь, производить оценку эффективности психотерапевтической работы. | вопросы №91-97  практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **Владеть** навыками организации психотерапевтической вопросы помощи в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля. | Ситуационные задачи №1-10 |