Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Набережночелнинский государственный педагогический университет»
(ФГБОУ ВО «НГПУ»)

Вазиева А.Р.

Основы клинической психологии

Учебно-методическое пособие - практикум

Набережные Челны – 2020

УДК 159.9
ББК 88.4
В13

Печатается по решению учебно-методического совета
ФГБОУ ВО " НГПУ "

Автор-составитель:

Вазиева А.Р. – кандидат психологических наук, доцент кафедры ИиИД ФГБОУ ВО " НГПУ "

Рецензенты:

Хуснутдинова Р.Р. – кандидат псх. наук, ст.преподаватель кафедры ПиП ФГБОУ ВО " НГПУ "

Шавалиева Г.Т. – кандидат псх. наук, доцент каф.ОП НЧФ КИУ

В 13

Основы клинической психологии: учебно-методическое пособие - практикум / сост. А.Р. Вазиева – Н.Челны: ФГБОУ ВО «НГПУ», 2020. – 108 с.

Учебно-методическое пособие содержит материал к практическим занятиям, тестовые задания, вопросы для самоподготовки, позволяющие фиксировать результаты формирования знаний теории и способов психодиагностической деятельности обучающихся. Практические занятия объединены по темам, каждая из которых соответствует теоретической главе учебного пособия по клинической психологии, являясь его логическим продолжением.

Учебно-методическое пособие направлено на формирование необходимых в данной области умений и навыков, предназначено для обучающихся с учетом Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлениям подготовки Педагогическое образование, Психолого-педагогическое образование.

УДК 159.9
ББК 88.4

© Вазиева А.Р., 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 6

Часть 1.
Тема 1. Введение в клиническую психологию. История развития клинической психологии
Практическое занятие 1…. 8
Практическое занятие 2 9
Практическое занятие 3 9
Тема 2. Норма и патология в клинической психологии
Практическое занятие 4…. 11
Практическое занятие 5 11
Тема 3. Учение об индивидуальности
Практическое занятие 6 12
Практическое занятие 7 19
Практическое занятие 8 21
Тема 4. Методология клинико-психологического исследования
Практическое занятие 9 23
Практическое занятие 10..... 23
Тема 5. Патопсихология
Практическое занятие 11..... 24
Практическое занятие 12..... 26
Практическое занятие 13..... 28
Практическое занятие 14..... 46
Тема 6.Психология лечебного взаимодействия. Психология больного
Практическое занятие 15..... 49

Часть2.
Тема1.Реакции личности на психическую травму
Практическое занятие 1 55
Практическое занятие 2 57
Практическое занятие 3 59
Тема2.Невротические расстройства
Практическое занятие 4 60
Практическое занятие 5 61
Тема 3.Психосоматические расстройства
Практическое занятие 6 63
Практическое занятие 7 71
Практическое занятие 8 73
Тема 4. Психология девиантного поведения
Практическое занятие 9 75
Практическое занятие 10..... 79

Тема 5.Суицидальное поведение детей и подростков
Практическое занятие 11-13.....80
Рекомендуемая литература 91
Приложение 1 93
Приложение 2 95
Приложение 3 96
Приложение 4 97
Приложение 5 106

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медицинских работников и психологов. Если исходить из проблем, которые разрешает клиническая психология (взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней), и практических задач, которые перед ней ставятся (диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей и психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психологическая профилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация больных, охрана и поддержание здоровья), то она является отраслью психологической науки.

Клиническая психология (от греч. kline – больничная койка) – область прикладной психологии, занимающаяся диагностикой интеллектуальных и личностных отклонений, коррекцией поведения, а также реабилитацией и коррекцией психопатических, психосоматическихи пограничных расстройств.

Термин «клиническая психология» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер (Ligthner Witmer), обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Фактически эта клиника являлась психолого-педагогическим центром, в котором обследовались и проходили курс коррекции дети с плохой успеваемостью и другими проблемами в обучении. Уникальной особенностью клинико-психологического метода Л. Уитмер считал возможность его применения по отношению к любым людям – взрослым или детям, – которые отклоняются в какую-либо сторону от средних показателей психического развития, т. е. не вписываются в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ.

Клиническая психология по Л. Уитмеру представляла собой особую форму психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированную на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения в поведении.

Термин «Клиническая психология» появился в Европе в 1946 г. в названии книги немецкого психолога В. Гельпаха (W. Hellpach), в которой он рассматривал изменения психики и поведения у больных соматическими заболеваниями. Соответственно, под клинической психологией В. Гельпах понимал только психологию соматических больных. Этот термин логично дополнял уже существовавшие в европейской науке понятия «медицинская психология», «патологическая психология» («патопсихология») и «психопатология», поскольку каждое из них отражало психологические аспекты того или иного вида клинической практики.

Так, под психопатологией понималась вспомогательная психиатрическая дисциплина, задачей которой было экспериментальное изучение нарушений психических процессов у душевнобольных. Под влиянием работ немецкого психиатра-теоретика К. Ясперса в начале XX в. психопатология развилась в самостоятельную научную дисциплину, изучающую сложные психологические взаимоотношения в личности душевнобольных, которые этот ученый рассматривал в качестве «внутренней причины» психических болезней.

Изначально клиническая («опытная») психология развивалась как составная часть психиатрии и неврологии, необходимая для исследовательско-диагностической деятельности врача. В отличие от общей психологии, которая в то время была частью философии, клиническая психология развивалась, исходя из потребностей психиатрической клиники, как эмпирическое знание, основанное на опытных, а затем и экспериментальных данных.

Только в 70-е годы XX в. клиническая психология приобретает черты самостоятельной психологической дисциплины прикладного характера.

Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине,

но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами. В педагогической практике клинико-психологические знания позволяют вовремя распознавать у ребенка нарушения психического развития или отклонения в поведении, что в свою очередь дает возможность избирательного и эффективного применения в отношениях с ним адекватных технологий воспитания, психолого-педагогической коррекции и создания оптимальных условий для развития его личности с учетом индивидуальных особенностей.

Объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Клиническая психология – это отрасль психологии, **предметом** изучения которой являются:

а) расстройства (нарушения) психики и поведения;
б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.

В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная клиническая психология имеет следующие **задачи**:

- изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию;
- изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка;
- изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;
- изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением;
- разработка принципов и методов клинико-психологического исследования в педагогических целях;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях.

Основными разделами клинической психологии являются: патопсихология, нейропсихология и психосоматическая медицина. Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья и др.

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Часть 1

Тема 1.
Введение в клиническую психологию. История развития клинической психологии.

Практическое занятие 1.

1. Заполнить таблицу «Родственные понятия клинической психологии»

Клиническая психология	
Медицинская психология	
Патопсихология	
Психопатология	
Врачебная психология	
Психология в здравоохранении	

2. Заполнить таблицу «Ведущие области (разделы) клинической психологии»

Ведущие разделы клинической психологии	Характеристика
1.	

3. Охарактеризовать основные категории клинической психологии: предмет и объект.

Объект клинической психологии	Предмет клинической психологии

4. Заполнить таблицу «Отрасли клинической психологии».

Отрасли клинической психологии	Характеристика
1Патопсихология	
2Нейропсихология	
3Возрастная клиническая психология	
4,……	

5. Составить и заполнить таблицу «Социальная значимость клинической психологии»

Практическое занятие 2.

1. Заполнить таблицу «Возникновение и развитие медико-психологических знаний, представив полную характеристику каждого исторического периода.

Исторический период, представители	Характеристика периода
1.Донаучная эра (Гиппократ, Гален и др.)	

2. Заполнить таблицу «Психологические исследования французских психиатров конца 19 века.

Направления исследования (представители)	Содержание исследований

3. Заполнить таблицу «Клинико-психологические исследования в России конца 19 – начала 20 вв.».

Направления исследования (представители)	Содержание исследований

4. Заполнить таблицу «Возникновение психологии как экспериментальной науки»

Направления исследования (представители)	Содержание исследований

5. Составить схему «Зарождение и развитие клинической психологии как области профессиональной деятельности психологов»

Этапы (представители)	Содержание и характеристика

Практическое занятие 3.

Тест-контроль

1. Что такое клиническая психология? Из предложенных ответов выберите правильный.

1) изучает закономерности развития человека и определяет пути его развития;
2) наука о душе человека;
3) изучает психологические особенности человека страдающих различными заболеваниями, способы дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов.

2. Кому принадлежит термин «клиническая психология»?

1) Кречмеру;
2) Жанэ;
3) Уитмеру;
4) Фрейду.

3. Объектом клинической психологии является:

1) изучение человека с трудностями адаптации и самореализации;
2) понятие социабельности ;

3) психологическая диагностика .

4. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:

1) анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
2) изучения соотношения развития и распада психики;
3) разработки философско-психологических проблем;
4) установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

5.Предметом клинической психологии является:

1) психические процессы, личностные особенности;
2) человеческая деятельность;
3) личностные установки;

6. Кто первым открыл экспериментально-психологическую лабораторию в России?

1) Бехтерев;
2) Чиж;
3) Корсаков;
4) Россолимо.

7. Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

1) модель Гиппократа;
2) модель Парацельса;
3) деонтологическая модель;
4) биоэтика.

8. Кем был предложен термин «биоэтика»?

1) Доссе;
2) Хайдеггером;
3) Юдиным;
4) Поттером.

9.Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

1) Бентам;
2) Спиноза;
3) Декарт;
4) Бубер.

10. Теоретические и практические проблемы какой специальности не могут разрабатываться без клинической психологии:

1) фитотерапии;
2) физиотерапии;
3) психотерапии;
4) лучевой терапии.

Темы рефератов:

1. Становление и развитие клинической психологии
2. Значение работ В.Вундта, Э. Крепелина, Э. Кречмера, П. Жане, В.М. Бехтерева, И.М.Сеченова для развития клинической психологии.
3. Деонтологический аспект деятельности психолога. Этика в клинической психологии. Модель Гиппократа (принцип «не навреди»). Модель Парацельса (принцип «делай добро»). Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»). Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

Тема 2.
Норма и патология в клинической психологии

Практическое занятие 4

1. Заполнить таблицу «Основные концепции в решении проблемы «норма-патология»; провести сравнительный анализ концепций.

Название концепции	Основные положения	Критика концепции

2. Составить и заполнить таблицу «Критерии психического здоровья» (критерий, содержание).

3. Заполнить таблицу «Уровни психического здоровья». (Братусь Б.С. «Аномалии личности»)

Уровни психического здоровья	Характеристика

4. Составить схему «Критерии разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов (синдромов)».

Практическое занятие 5.

Тест-контроль

1. Критерием психического здоровья по ВОЗ являются:
1) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств;
2) способность быть внимательным, бдительным и педантичным;
3) быть коммуникабельным, иметь широкий круг друзей, быть активным.

2. Феноменологический подход к диагностическому процессу использует принципы:
1) объясняющей психологии
2) понимающей психологии
3) патопсихологии
4) психиатрии

3. Перечислите основные принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов……..

4. Вставьте пропущенный текст.
Норма-это явление_____в виде разделямых группой представлений их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия с которыми эти нормы взаимодействуют.

5.Диагностический принцип, при котором требуется «воздерживаться от преждевременных суждений», обозначается принципом:
1) контекстуальности
2) Курта Шнайдера

3) убедительности
4) эпохе

6. Перечислите основные этапы возникновения психических и поведенческих расстройств……

7. Для убедительности диагностики психопатологических симптомов принципиально важными являются законы:

1) физические
2) логические
3) биологические
4) физиологические

8.Принцип, согласно которому психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым, называется:

1) презумпцией психической нормальности
2) понимания
3) Курта Шнайдера
4) Контекстуальности

9. Процесс приспособления организма или личности к изменяющимся требованиям окружающей среды называется?

А) адаптацией;
Б) компенсацией;
В) самоактуализацией;

10. Перечислите основные факторы возникновения психических и поведенческих расстройств……

Темы рефератов

1. Здоровье и болезнь.
2. Конструкт болезни. Модели болезни.
3. Психологические механизмы, обеспечивающие здоровье.
4. Критерии психического здоровья.
5. Проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов

Тема 3.
Учение об индивидуальности

Практическое занятие 6

1. Выполнить тестовую методику Я.Стреляу для диагностики нейродинамических особенностей индивидуальности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

1) МЕТОДИКА Я. СТРЕЛЯУ

(диагностика свойств нервной системы)

1. Относите ли Вы себя к людям, легко устанавливающим товарищеские контакты?
2. Способны ли Вы воздержаться от того или иного действия до момента, пока не получите соответствующего распоряжения?
3. Достаточно ли Вам непродолжительного отдыха для восстановления сил после утомительной работы?
4. Умеете ли Вы работать в неблагоприятных условиях?
5. Воздерживаетесь ли Вы во время дискуссий от неделовых, эмоциональных аргументов?

6. Легко ли Вы возвращаетесь к ранее выполняемой работе после длительного перерыва (после каникул, отпуска и т. д.)?
7. Будучи увлеченным работой, забываете ли Вы об усталости?
8. Способны ли Вы, поручив кому-нибудь определенную работу, терпеливо ждать ее окончания?
9. Засыпаете ли Вы одинаково легко, ложась спать в разное время?
10. Умеете ли Вы хранить тайну, если Вас об этом просят?
П.Легко ли Вам возвращаться к работе, которой Вы не занимались несколько недель или месяцев?
12. Можете ли Вы терпеливо объяснять кому-либо что-то непонятное?
13. Нравится ли Вам работа, требующая умственного напряжения? И. Вызывает ли у Вас монотонная работа скуку или сонливость?
15. Легко ли Вы засыпаете после сильных переживаний?
16. Можете ли Вы, если нужно, воздержаться от проявления своего превосходства?
17. Ведете ли Вы себя, как обычно, в кругу незнакомых Вам людей?
18. Трудно ли Вам сдерживать злость или раздражение?
19. В состоянии ли Вы владеть собой в тяжелые минуты?
20. Умеете ли Вы, когда это требуется, приспособить свое поведение к поведению окружающих?
21. Охотно ли Вы беретесь за выполнение ответственных работ?
22. Влияет ли обычное окружение, в котором Вы находитесь, на Ваше настроение?
23. Способны ли Вы переносить неудачи?
24. В присутствии того, от кого Вы зависите, говорите ли Вы также свободно, как обычно?
25. Вызывают ли у Вас раздражение неожиданные изменения в распорядке дня?
26. Есть ли у Вас на все готовый ответ?
27. В состоянии ли Вы вести себя спокойно, когда ждете важное для себя решение?
28. Легко ли Вы организуете первые дни Ваших каникул, отпуска?
29. Обладаете ли Вы быстротой реакции?
30. Легко ли Вы приспосабливаете свою походку или манеры к походке или манерам людей более медлительных?
31. Ложась спать, засыпаете ли Вы быстро?
32. Охотно ли Вы выступаете на собраниях, на семинарах?
33. Легко ли Вам испортить настроение?
34. Легко ли Вы отрываетесь от выполняемой работы?
35. Воздерживаетесь ли Вы от разговоров, если они мешают другим?
36. Легко ли Вас спровоцировать на что-либо?
37. При совместном выполнении какой-либо работы легко ли Вы срабатываетесь с партнером?
38. Всегда ли Вы задумываетесь перед выполнением какого-либо важного дела?
39. Если вы читаете какой-либо текст, то удается ли Вам следить от начала до конца за ходом рассуждений автора?
40. Легко ли Вы вступаете в разговор с попутчиком?
41. Воздерживаетесь ли Вы от убеждения какого-либо в том, что он не прав, если такое поведение целесообразно?
42. Охотно ли Вы беретесь за работу, требующую большой ловкости рук?
43. В состоянии ли Вы изменить уже принятое Вами решение, учитывая мнение других?
44. Быстро ли Вы привыкаете к новой системе работы?
45. Можете ли Вы работать ночью после того, как работали весь день?
46. Быстро ли Вы читаете беллетристическую литературу?
47. Часто ли Вы отказываетесь от своих намерений, если возникают препятствия?
48. Сохраняете ли Вы самообладание в ситуациях, которые того требуют?
49. Просыпаетесь ли Вы обычно быстро и без труда?

50. В состоянии ли Вы воздержаться от моментальной, импульсивной реакции?
51. Можете ли Вы работать в шумной обстановке?
52. Можете ли Вы воздержаться, когда необходимо, от того, чтобы не сказать правду прямо в глаза?
53. Успешно ли Вы сдерживаете волнение перед экзаменом, накануне встречи с начальником и т. п.?
54. Быстро ли Вы привыкаете к новой среде?
55. Нравятся ли Вам частые перемены?
56. Восстанавливаете ли Вы полностью свои силы после ночного отдыха, если накануне днем у Вас была тяжелая работа?
57. Избегаете ли Вы занятий, выполнение которых требует разнообразных действий в течение короткого времени?
58. Как правило, Вы самостоятельно справляетесь с возникшими трудностями?
59. Ожидаете ли Вы окончания речи кого-либо, прежде чем начинаете говорить сами?
60. Умея плавать, прыгнули бы Вы в воду, чтобы спасти утопающего?
61. Способны ли Вы к напряженной учебе, работе?
62. Можете ли Вы воздержаться от неуместных замечаний?
63. Придаете ли Вы значение постоянному месту во время работы, приема пищи, на лекциях и т. п.?
64. Легко ли Вам переходить от одного занятия к другому?
65. Взвешиваете ли Вы все «за» и «против» перед тем, как принять важное решение?
66. Легко ли Вы преодолеваете встречающиеся Вам препятствия?
67. Воздерживаетесь ли Вы от рассмотрения чужих вещей, бумаг?
68. Испытываете ли Вы скуку, когда занимаетесь стереотипной деятельностью, которая всегда выполняется одинаково?
69. Удается ли Вам соблюдать запреты, обязательные в общественных местах?
70. Воздерживаетесь ли Вы во время разговора, выступления или ответа на вопросы от лишних движений и жестикуляций?
71. Нравится ли Вам оживленное движение вокруг?
72. Нравится ли Вам работа, требующая больших усилий?
73. В состоянии ли Вы длительное время сосредоточиваться на выполнении определенной задачи?
74. Любите ли Вы задания, требующие быстрых движений?
75. Умеете ли Вы владеть собой в трудных жизненных ситуациях?
76. Если надо, подниметесь ли Вы с постели сразу после пробуждения?
77. Можете ли вы после окончания порученной Вам работы терпеливо ждать, когда закончат свою работу другие?
78. Действуете ли Вы так же четко и после того, как стали свидетелем каких-либо неприятных событий?
79. Быстро ли Вы просматриваете газеты?
80. Случается ли Вам говорить так быстро, что Вас трудно понять?
81. Можете ли Вы нормально работать не выспавшись?
82. В состоянии ли Вы длительное время работать без перерыва?
83. Можете ли Вы работать, если у Вас болит голова, зубы и т. п.?
84. Спокойно ли Вы продолжаете работу, которую необходимо закончить, если знаете, что Ваши товарищи развлекаются и ждут Вас?
85. Отвечаете ли Вы быстро на неожиданные вопросы?
86. Быстро ли Вы говорите обычно?
87. Можете ли Вы спокойно работать, если ожидаете гостей?
88. Легко ли Вы меняете свое мнение под влиянием разумных аргументов?
89. Терпеливы ли Вы?
90. Можете ли приспособиться к ритму человека более медлительного, чем Вы?
91. Можете ли Вы планировать свои занятия так, чтобы выполнять в одно и то же время

несколько взаимосвязанных дел?
92. Может ли веселая компания изменить Ваше угнетенное настроение?
93. Умеете ли Вы без особого труда выполнять несколько действий одновременно?
94. Сохраняете ли Вы психическое равновесие, когда являетесь свидетелем несчастного случая?
95. Любите ли Вы работу, требующую множества разнообразных манипуляций?
96. Сохраняете ли Вы спокойствие, если кто-либо из близких страдает?
97. Самостоятельны ли Вы в трудных жизненных ситуациях?
98. Свободно ли Вы чувствуете себя в большой или незнакомой компании?
99. Можете ли Вы сразу прервать разговор, если это требуется (например, при начале киносеанса, концерта, лекции)?
100. Легко ли Вы приспосабливаетесь к методам работы других людей?
101. Нравится ли Вам часто менять род занятий?
102. Склонны ли Вы брать инициативу в свои руки, если случается что-нибудь из ряда вон выходящее?
103. Воздерживаетесь ли Вы от смеха в неподходящих ситуациях?
104. Начинаете ли Вы работать сразу же интенсивно?
105. Решаетесь ли Вы выступить против общественного мнения, если Вам кажется, что Вы правы?
106. Удается ли Вам преодолеть состояние временной депрессии (подавленности)?
107. Нормально ли Вы засыпаете после сильного умственного утомления?
108. В состоянии ли Вы спокойно долго ждать, например в очереди?
109. Воздерживаетесь ли Вы от вмешательства, если заранее известно, что оно ни к чему не приведет?
110. Можете ли вы спокойно аргументировать свои высказывания во время бурного разговора?
111. Можете ли Вы мгновенно реагировать на необычную ситуацию?
112. Ведете ли Вы себя тихо, если Вас об этом просят?
113. Соглашаетесь ли Вы без особых внутренних колебаний на болезненные врачебные процедуры?
114. Умеете ли Вы интенсивно работать?
115. Охотно ли Вы меняете места развлечений, отдыха?
116. Трудно ли Вам привыкнуть к новому распорядку дня?
117. Спешите ли Вы оказать помощь в неожиданном случае?
118. Присутствуя на спортивных соревнованиях, в цирке и т. п., воздерживаетесь ли Вы от неожиданных выкриков и жестов?
119. Нравятся ли Вам занятия, требующие по своему характеру ведения беседы со многими людьми?
120. Владеете ли Вы мимикой?
121. Нравятся ли Вам занятия, которые требуют энергичных движений?
122. Считаете ли Вы себя смелым человеком?
123. Прерывается ли у Вас голос (Вам трудно говорить) в необычной ситуации?
124. Можете ли Вы преодолеть нежелание работать в момент неудачи?
125. В состоянии ли Вы длительное время стоять, сидеть спокойно, если Вас об этом просят?
126. В состоянии ли Вы преодолеть свое веселье, если это может кого-нибудь задеть?
127. Легко ли Вы переходите от печали к радости?
128. Легко ли Вы выходите из равновесия?
129. Соблюдаете ли Вы без особых затруднений обязательные в Вашей среде правила поведения?
130. Нравится ли Вам выступать публично?
131. Приступаете ли Вы к работе обычно быстро, без длительного подготовительного периода?

132. Готовы ли Вы прийти на помощь другому, рискуя жизнью?
133. Энергичны ли Ваши движения?
134. Охотно ли Вы выполняете ответственную работу?

Ключ

Сила процессов возбуждения
Да: 3, 4, 7,13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 32, 39, 45, 56, 60, 61, 66, 72, 73, 78, 81, 82, 83, 94, 97, 98, 102, 105, 106, 113, 114, 117, 121, 122, 124, 130, 132, 133, 134.
Нет: 47, 51, 107, 123.
Сила процессов торможения
Да: 2, 5, 8, 10, 12, 16, 27, 30, 36, 37, 38, 41, 48, 50, 52, 53, 62, 65, 69, 70, 75, 77, 84, 87, 89, 90, 96, 99, 103, 108, 109, ПО, 112, 118, 120, 125, 126, 129.
Нет: 18, 34, 36, 59, 67, 128.
Подвижность нервных процессов
Да: 1, 6, 9, 11, 14, 20, 22, 26, 28, 29, 31, 33, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 54, 55, 64, 68, 71, 74, 76, 79, 80, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 95, 100, 101, 107, 111, 115,116,119,127, 131.
Нет: 25, 57, 63.

2. Выполнить тестовую методику В.М. Русалова для диагностики нейродинамических особенностей индивидуальности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

МЕТОДИКА В. М. РУСАЛОВА
(диагностика структуры темперамента)

1. Подвижный ли Вы человек?
2. Всегда ли Вы готовы с ходу, не раздумывая, включиться в разговор?
3. Предпочитаете ли Вы уединение большой компании?
4. Испытываете ли Вы постоянную жажду деятельности?
5. Ваша речь обычно медленна и нетороплива?
6. Ранимый ли Вы человек?
7. Часто ли Вам не спится из-за того, что Вы поспорили с друзьями?
8. В свободное время Вам всегда хочется заняться чем-либо?
9. В разговоре с людьми Ваша речь часто опережает Вашу мысль?
10. Раздражает ли Вас быстрая речь собеседника?
11. Чувствовали бы Вы себя несчастным человеком, если бы на длительное время были лишены возможности общения с людьми?
12. Вы когда-нибудь опаздывали на свидание или на работу?
13. Нравится ли Вам быстро бегать?
14. Сильно ли Вы переживаете неполадки в своей работе?
15. Легко ли Вам выполнять работу, требующую длительного внимания и большой сосредоточенности?
16. Трудно ли Вам говорить очень быстро?
17. Часто ли Вы испытываете тревоги, что выполнили работу не так, как нужно?
18. Часто ли Ваши мысли перескакивают с одной на другую во время разговора?
19. Нравятся ли Вам игры, требующие быстроты и ловкости?
20. Легко ли Вы сможете найти другие варианты решения известной задачи?
21. Испытываете ли Вы чувство беспокойства, что Вас неправильно поняли в разговоре?
22. Охотно ли Вы выполняете сложную, ответственную работу?
23. Бывает ли, что Вы говорите о вещах, в которых не разбираетесь?

24. Легко ли Вы воспринимаете быструю речь?
25. Легко ли Вам одновременно делать очень много дел?
26. Возникают ли у Вас конфликты с Вашими друзьями из-за того, что Вы сказали им что-то, не подумав заранее?
27. Вы обычно предпочитаете делать несложные дела, не требующие от Вас большой энергии?
28. Легко ли Вы расстраиваетесь, когда обнаруживаете незначительные недостатки в своей работе?
29. Любите ли Вы сидячую работу?
30. Легко ли Вам общаться с разными людьми?
31. Вы обычно предпочитаете подумать, взвесить и лишь потом высказаться?
32. Все ли Ваши привычки хороши и желательны?
33. Быстры ли у Вас движения рук?
34. Вы обычно молчите и не вступаете в контакты, когда находитесь в обществе малознакомых людей?
35. Легко ли Вам переключиться от одного варианта решения задачи на другой?
36. Склонны ли Вы иногда преувеличивать в своем воображении негативное отношение близких Вам людей?
37. Разговорчивый ли Вы человек?
38. Вам обычно легко выполнять дело, требующее мгновенных реакций?
39. Вы обычно говорите свободно, без запинок?
40. Беспокоят ли Вас страхи, что Вы не справитесь с работой?
41. Легко ли Вы обижаетесь, когда близкие Вам люди указывают на Ваши личные недостатки?
42. Испытываете ли Вы тягу к напряженной, ответственной деятельности?
43. Считаете ли Вы свои движения медленными и неторопливыми?
44. Бывают у Вас мысли, которые Вы хотели бы скрыть от других?
45. Можете ли Вы без долгих раздумий задать щекотливый вопрос другому человеку?
46. Доставляют ли Вам удовольствие быстрые движения?
47. Легко ли Вы «генерируете» новые идеи, связанные с работой?
48. Сосет ли у Вас под ложечкой перед ответственным разговором?
49. Можно ли сказать, что Вы быстро выполняете порученное Вам дело?
50. Любите ли Вы браться за большие дела самостоятельно?
51. Богатая ли у Вас мимика в разговоре?
52. Если Вы обещали что-то сделать, всегда ли Вы выполняете свое обещание независимо от того, удобно Вам это или нет?
53. Испытываете ли чувство обиды от того, что окружающие Вас люди обходятся с Вами хуже, чем следовало бы?
54. Вы обычно предпочитаете выполнять одновременно только одну операцию?
55. Любите ли Вы игры в быстром темпе?
56. Много ли в Вашей речи длительных пауз?
57. Легко ли Вам внести оживление в компанию?
58. Вы обычно чувствуете в себе избыток сил и Вам хочется заняться каким-нибудь трудным делом?
59. Обычно Вам трудно переключить внимание с одного дела на другое?'
60.Бывает ли, что у Вас портится настроение от того, что сорвалось запланированное дело?
61. Часто ли Вам не спится из-за того, что не ладятся дела, связанные непосредственно с работой?
62. Любите ли Вы бывать в большой компании?
63. Волнуетесь ли Вы, выясняя отношения с друзьями?
64. Испытываете ли Вы потребность в работе, требующей полной отдачи сил?
65. Выходите ли Вы иногда из себя, злитесь?

66. Склонны ли Вы решать много задач одновременно?
67. Держитесь ли Вы свободно в большой компании?
68. Часто ли Вы высказываете свое первое впечатление не подумав?
69. Беспокоит ли Вас чувство неуверенности в процессе выполнения работы?
70. Медленны ли Ваши движения, когда Вы что-то мастерите?
71. Легко ли Вы переключаетесь с одной работы на другую?
72. Быстро ли Вы читаете вслух?
73. Вы иногда сплетничаете?
74. Молчаливы ли Вы, находясь в кругу друзей?
75. Нуждаетесь ли Вы в людях, которые бы Вас ободрили и утешили?
76. Охотно ли Вы выполняете множество разных поручений одновременно?
77. Охотно ли выполняете работу в быстром темпе?
78. В свободное время Вас обычно тянет пообщаться с людьми?
79. Часто ли Вас бывает бессонница при неудачах на работе?
80. Дрожат ли у Вас иногда руки во время ссоры?
81. Долго ли Вы мысленно готовитесь перед тем, как высказать свое мнение?
82. Есть ли среди Ваших знакомых люди, которые Вам явно не нравятся?
83. Обычно Вы предпочитаете легкую работу?
84. Легко ли Вас обидеть в разговоре по пустякам?
85. Обычно вы первым в компании решаетесь начать разговор?
86. Испытываете ли тягу к людям?
87. Склонны ли Вы вначале поразмыслить, а потом говорить?
88. Часто ли Вы волнуетесь по поводу своей работы?
89. Всегда ли Вы платили бы за провоз багажа на транспорте, если бы не опасались проверки?
90. Держитесь ли Вы обычно обособленно на вечеринках или в компаниях?
91. Склонны ли Вы преувеличивать в своем воображении неудачи, связанные с работой?
92. Нравится ли Вам быстро говорить?
93. Легко ли Вам удержаться от высказывания неожиданно возникшей идеи?
94. Предпочитаете ли Вы работать медленно?
95. Переживаете ли Вы из-за малейших неполадок в работе?
96. Вы предпочитаете медленный, спокойный разговор?
97. Часто ли Вы волнуетесь из-за ошибок в работе, которые были Вами допущены?
98. Способны ли Вы успешно выполнять длительную трудоемкую работу?
99. Можете ли Вы, не долго думая, обратиться с просьбой к другому человеку?
100. Часто ли Вас беспокоит чувство неуверенности в себе при общении с людьми?
101. Легко ли Вы беретесь за выполнение новых заданий?
102. Устаете ли Вы, когда Вам приходится говорить долго?
103. Вы предпочитаете работать с прохладцей, без особого напряжения?
104. Нравится ли Вам разнообразная работа, требующая переключения внимания?
105. Любите ли Вы подолгу бывать наедине с собой?

Ключ

Эргичность
Да: 4, 8, 15, 22, 42, 50, 58, 64, 98.
Нет: 27,83,103.
Социальная эргичность Да: 11, 30, 57, 62, 67, 78, 86. Нет: 3, 34, 74, 90, 105.
Пластичность
Да: 20, 25, 35, 38, 47, 66, 71, 76, 101, 104.
Нет: 54, 59.
Социальная пластичность Да: 2, 9, 18, 26, 45, 68, 85, 99. Нет 31, 81, 87, 93.
Темп
Да:1, 13, 19,33,46,49,55,77. Нет: 29, 43, 70, 94.
Социальный темп

Да: 24 37,39,51,72,92.
Нет: 5, 10, 16, 56, 96, 102.
Эмоциональность
Да: 14, 17, 28, 40, 60, 61, 69, 79, 88, 91, 95, 97.
Социальная эмоциональность
Да: 6, 7, 21, 36, 41, 48, 53, 63, 75, 80, 84, 100.
Контрольные вопросы на социальную желательность
Да: 32, 52, 89.
Нет: 12, 23,44,65, 73, 82.

Практическое занятие 7

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики психодинамических особенностей индивидуальности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

1) **МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ РИГИДНОСТИ**

Для исследования ригидности применяется методика Р. Кеттелла «Обратное письмо». Суть этой методики в следующем. Испытуемый по сигналу экспериментатора пишет одно и то же слово в течение одной минуты. Его задача — написать как можно больше слов и как можно более аккуратно (первая часть опыта). Во второй части опыта (при тех же условиях) испытуемый то же самое слово должен писать в обратном направлении, идя последовательно от последней буквы к первой. Показатель ригидности вычисляется по формуле:

$$R = A - rB + C,$$

где
А — количество букв при «прямом письме»;
В — количество букв при «обратном письме»;
г — коэффициент корреляции между «прямым» и «обратным» письмом;
С — константа, равная разности между В и А.

2) **МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ЭКСТРАВЕРСИИ-ИНТРОВЕРСИИ**

Для исследования экстраверсии—интроверсии используются две методики, разработанные в лаборатории Р. Кеттелла: «Широта классификации» и «Неструктурированные рисунки».

Методика «Широта классификации». Испытуемому предлагается инструкция: «Вам будет предложено несколько карточек, на которых изображены различные предметы. У многих из этих предметов есть общие признаки. Ваша задача — объединить их в одну группу. Старайтесь делать это так, чтобы в группу входило как можно больше предметов. Помните, что Вы должны найти в карточке такую единственную группу, в которую входит наибольшее количество объектов с общим признаком. Будьте готовы сказать, что в них общего, если спросят. На каждую карточку Вам дается не более 30 секунд». Показателем экстраверсии—интроверсии служит среднее количество объектов, включенных в одну группу по каждой тест-карте.

Методика «Неструктурированные рисунки». Используются 9 тест-карт (одна из них пробная), на которых изображены различные хаотические линии, штрихи, контуры, точки и т. д. При предъявлении пробной тест-карты испытуемый получает инструкцию: «Предлагаемое задание — на воображение. Сейчас Вам будет предложено несколько карточек, на которых нарисованы различные контуры, штрихи, линии. Разные люди видят в них разные предметы и

явления. В течение 30 секунд вы должны увидеть и назвать как можно больше предметов и явлений». Показателем экстраверсии—интроверсии по данной методике является среднее количество предметов, названных испытуемым во время просмотра всех карт.

3) МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ

Тест тематической апперцепции (ТАТ). Для изучения данного свойства применяется эмоциональный вариант методики ТАТ. Для исследования подобраны 5 сюжетных тест-карт с эмоционально-нейтральным содержанием. ТАТ в модификации для изучения психодинамических характеристик эмоциональной возбудимости использовался в исследованиях, выполненных под руководством В. С. Мерлина.

Инструкция испытуемому: «Это задание на придумывание рассказов по картинкам. Я сейчас предложу вам их, вы должны постараться придумать краткий рассказ, в котором обязательно должны содержаться ответы на следующие вопросы:

— Что здесь происходит?

— Что было здесь до этого?

— Что чувствуют и думают изображенные здесь люди?

— Чем закончится событие, которое вы придумали?

Учтите, что вам надо не просто описать картинку, а при помощи фантазии составить целостный рассказ. На придумывание и изложение рассказа вам предоставляется не более пяти минут». Показателем эмоциональной возбудимости служит среднее количество эмоционально окрашенных лексических единиц на одну тест-карту. В исследовании были использованы карты 1, 2, 5, 7ж, 8ж.

Ассоциативный эксперимент К. Юнга. Используется модифицированный В. В. Белоусом вариант ассоциативного эксперимента К. Юнга. Подбираются 16 нейтральных и 5 эмоционально значимых слов. Перед проведением эксперимента предлагается следующая инструкция: «Сейчас я буду произносить отдельные слова, а вы на каждое из них должны отвечать (как можно быстрее) любым, связанным по смыслу первым пришедшим вам в голову словом.

Отвечать следует только отдельными словами, предложений называть не надо». Основному опыту предшествует пробный, во время которого испытуемому предлагается 10 слов, не содержащихся в основном списке. Скорость предъявления вербальных раздражителей — 5 слов в минуту. Показателем эмоциональной возбудимости по данной методике служит отношение среднего латентного времени ассоциативной реакции на эмоционально значимое слово к среднему латентному времени ассоциативной реакции на нейтральное слово.

Список слов для модифицированного ассоциативного эксперимента К.Юнга (эмоционально значимые слова подчеркнуты):

месяц	лето	газета
вещь	<u>экзамен</u>	вечер
дом	луна	<u>катастрофа</u>
день	стена	ветер
<u>ссора</u>	небо	стол
лист	окно	<u>пожар</u>
неделя	<u>поцелуй</u>	<u>задача</u>

Практическое занятие 8

Тест-контроль

1. Совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных наследственностью и определяющих специфику реакций организма на воздействие среды, называется:

А) индивидуальностью;
Б) психической индивидуальностью;
В) общей конституцией;
Г) свойствами нервной системы.

2. Крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, называются:

А) психопатиями;
Б) личностными расстройствами;
В) акцентуациями;
Г) гармоничными чертами.

3. Совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и возможности избежать межличностных и внутриличностных конфликтов, носит название:

А) акцентуаций характера;
Б) гармоничных черт характера;
В) психопатий;
Г) личностных расстройств.

4. Характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний, называется

А) характером;
Б) психической индивидуальностью;
В) темпераментом;
Г) личностью.

5. Неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека называется:

А) темпераментом;
Б) индивидом;
В) психической индивидуальностью;
Г) индивидуальностью.

6. Установите соответствие между типами конституции и типами темперамента (по Кречмеру):

1) лептосоматический	А) циклотимический
2) пикнический	Б) иксотимический
3) атлетический	В) шизотимический.

7. Продолжите предложение:

В структуре индивидуальности выделяют следующие 4 уровня:_____.

8. К типам темперамента, по Шелдону, относятся:

А) соматотония;
Б) шизотимический;
В) церебротония;
Г) висцератония.

9. Врожденные особенности нервной системы, влияющие на формирование индивидуальных особенностей поведения и некоторых индивидуальных различий

особенностей и характера человека, по Теплову, называются:

А) темпераментом;
Б) конституцией;
В) свойствами нервной системы;
Г) индивидуальностью.

10. Установите соответствие между особенностями нервных процессов и типом темперамента (по И.П.Павлову):

1) сильный, неуравновешенный, подвижный	А) холерик
2) сильный, уравновешенный, подвижный	Б) флегматик
3) сильный, уравновешенный, инертный	В) меланхолик
4) слабый, неуравновешенный, подвижный/инертный	Г) сангвиник.

11. В структуру темперамента включается следующие составляющие:

А) скорость мышления;
Б) социабельность;
В) эмоциональность;
Г) скорость двигательных актов;
Д) контролируемость эмоций.

12. По параметру повышенной эмоциональности сходны два из нижеперечисленных типов темперамента:

А) холерик;
Б) меланхолик;
В) флегматик;
Г) сангвиник.

13. Продолжите предложение:

Основными отличиями акцентуаций характера от психопатий являются:_____.

14. Относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности носит название:

А) темперамент;
Б) характер;
В) личность;
Г) психическая индивидуальность.

15. К параметрам гармоничного характера относится:

А) антиципационная состоятельность;
Б) ригидность;
В) нравственность;

16. Характер *– совокупность, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми_____, штампов, эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированных в привычках, манерах.*

17. Гармоничные черты характера совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, *способствующих_____*

18. Шизоидный тип характера *базируется на_____типах темперамента.*

Темы для рефератов

1. Индивид, индивидуальность, психическая индивидуальность.
2. Темперамент. Теории, объясняющие механизмы темперамента.
3. Гармоничный и дисгармоничный характер.
4. Акцентуации характера.
5. Психопатии.
6. Расстройства личности.

Тема 4.
Методология клинико-психологического исследования

Практическое занятие 9

1. Заполнить таблицу «Основные этапы клинического интервью»

Этапы	Содержание

2. Перечислите и раскройте содержание принципов клинического интервью.
3. Провести клиническое интервью в группе, в парах. Проанализировать полученные результаты, обобщить опыт.
4. Заполните таблицу «Классификация симптомов»: содержание, примеры.

Негативные симптомы	
Позитивные симптомы	
обязательные симптомы	
факультативные симптомы	
дополнительные симптомы	

Практическое занятие 10

Тест-контроль

1.***Установите соответствие:***

1. формулирование клинической задачи; А) 3 этап клинико-психологического исследования
2. беседа с пациентом; Б) 4 этап клинико-психологического исследования
3. экспериментально-психологический; В) 1 этап клинико-психологического исследования
4. составление заключения; Г) 2 этап клинико-психологического исследования.

2.***Вставьте пропущенное слово:*** Симптом — это строго фиксированное по форме описание_____, соотнесенного с определенной патологией.

3. ***Вставьте пропущенное слово***: Совокупность всех симптомов образует_____, в котором можно выделить ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих_____.

4.***Продолжите предложение***: Феноменологически ориентированное клинико-психологическое исследование опирается на четыре основных принципа:

5. ***Продолжите предложение***: Психический статус включает в себя следующие параметры:_____.

6. ***Продолжите предложение***: Синдром — это_____.

7. Укажите соответствие:

1) признаки патологической продукции психической деятельности;	А) негативные симптомы
2) признаки ущерба, изъяна, дефекта психического процесса;	Б) обязательные симптомы
3) признаки, указывающие на происхождение расстройства;	В) позитивные симптомы
4) признаки, отражающие тяжесть, выраженность расстройства;	Г) факультативные симптомы
5) признаки, связанные с модифицирующим влиянием различных факторов;	Д) дополнительные симптомы.

8. Функциями клинического интервью в медицинской психологии являются две из нижеперечисленных:

1) диагностическая;
2) терапевтическая;
3) психотерапевтическая;
4) организационная;
5) профилактическая.

9. Установите соответствие:

1) Установление «доверительной дистанции»	А) IV этап клинического интервью
2) Выявление жалоб	Б) I этап клинического интервью
3) Оценка желаемого результата интервью	В) II этап клинического интервью
4) Оценка антиципационных способностей пациента	Г) III этап клинического интервью.

10. К принципам интервьюирования в медицинской психологии относятся:

1) беспристрастность опроса;
2) алгоритмизованность опроса;
3) доступность опроса;
4) конфиденциальность опроса;
5) конгруэнтность опроса.

Тема 5.
Патопсихология

Практическое занятие 11

Диагностика мнемической деятельности

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики мнемической деятельности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

1) МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ МНЕМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для диагностики качественных сторон памяти можно использовать методику «Кратковременная память», неоднократно описанную в литературе (40). Применяются задания на запоминание и непосредственное воспроизведение слов и чисел. Испытуемым дважды предъявляется по 10 слов и дважды по 10 чисел. 10 слов или чисел зачитываются в течение 20 секунд и 40 секунд дается на запись (в любом порядке). Перед вторым десятком слов (и чисел) проводится эмоциогенное инструктирование. Слова подбираются односложные, мало связанные между собой, из 4—6 букв; числа — двухзначные, не примечательные (33, 99 исключались).

Слова для запоминания: вода, елка, книга, зонтик, пчела, сутки, дверь, вилка, номер, помощь; слово, свеча, логика, глина, бумага, окно, глагол, день, вишня, прорыв.

Числа для запоминания: 43, 57, 12, 32, 81, 72, 15, 42, 96, 17; 37, 18, 86, 53,47,61,78,65,83,74.

Инструкция испытуемому. «Я продиктую слова (числа). Послушайте и постарайтесь запомнить. По команде "Пишите!" возьмите карандаш и столбиком в любой последовательности запишите все, что запомнили. Переспрашивать нельзя. На запись 40 секунд. По команде "Стоп" прекратить запись и подчеркнуть последнее слово (число)». Перед выполнением второго задания (предъявлением второй группы цифр или букв) инструкция следующая: «Повторим это задание с другим материалом, но теперь попытайтесь запомнить слов (чисел) непременно больше, чем в предыдущем задании. Если у вас достаточно воли, эмоциональной устойчивости, вы сумеете мобилизоваться».

Показателем кратковременной памяти служит количество баллов, набранных испытуемым в ходе исследования.

Ключ

Оценка в баллах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Правильно записанные слова	19	17-18	15-16	13-14	11-12	9-10	7-8	4-6	3
Правильно записанные числа	18	16-17	14-15	12-13	10-11	8-9	6-7	4-5	3

2) МЕТОДИКА «СМЫСЛОВАЯ ПАМЯТЬ»

Методика состоит в следующем: экспериментатором составляется рассказ (содержащий 12-13 смысловых единиц и 3—4 числа), который зачитывается испытуемым. Затем предлагается записать основное содержание. Задание предъявляется дважды с аналогичными текстами, второй раз — после эмоциогенного инструктирования.

1-й рассказ. «Корабль вошел в бухту (1), несмотря на сильное волнение моря (2). Ночь простояли на якоре (3). Утром подошли к пристани (4). 18 моряков отпустили на берег (5, 6). 10 человек пошли в музей (7, 8). 8 матросов решили просто погулять по городу (9,10). К вечеру все собрались вместе, зашли в городской парк, плотно поужинали (11, 12, 13). В 23 часа все вернулись на корабль (14, 15). Вскоре корабль отправился в другой порт /16/».

2-й рассказ. «В прошлое воскресенье (1) наши друзья ходили в поход (2). Утром они вышли из города (3), в 13 часов дня сделали остановку (4, 5). 2 человека занялись приготовлением обеда (6, 7), трое из них поставили палатки (8, 9). Остальные спустили на воду байдарки (10). После обеда (11) все вместе отправились вниз по реке (12, 13). Путешествие заняло 2 дня (14, 15). Отдохнувшие, они вернулись домой (16)».

Инструкция испытуемым: «Вам будет зачитан короткий рассказ, в нем ряд смысловых единиц (фрагментов содержания), все они в некоторой логической связи. Прослушайте внимательно рассказ и затем в течение 3 минут запишите основное содержание того, что запомнили. Предложения можно сокращать, не теряя их смысла. Переспрашивать во время работы

нельзя». Включить секундомер: «Пишите!» Через 3 минуты подать команду «Стоп!» (Пауза 30 сек.) «Выполним аналогичное задание, но постарайтесь запомнить больше, чем в предшествующем рассказе. Если у вас достаточно самообладания и настойчивости, вы сумеете улучшить свой результат». Показателем смысловой памяти служит количество баллов, набранных испытуемым в ходе исследования.

Ключ

Оценка в баллах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Количество правильно воспроизведенных единиц и чисел (из 16*2)	32	30-31	28-30	24-27	19-23	15-18	11-14	4-6	3

Практическое занятие 12
Диагностика мыслительной деятельности

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики мнемической деятельности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

1) МЕТОДИКА «ВЫЯВЛЕНИЕ ОБЩИХ ПОНЯТИЙ»

Методика направлена на изучение особенностей мыслительной деятельности. Ее смысл заключается в подборе слов, имеющих общие родовые признаки, логические связи с определенным обобщающим словом. Всего предъявляется поочередно 20 обобщающих слов и к каждому из них набор из 5 слов, два из которых более всего с ним связаны. Задача испытуемого — найти эти два слова.

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Река (берега, рыба, рыболов, тина, вода).
3. Город (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. Сарай (сеновал, лошадь, крыша, скот, стены).
5. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель).
7. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
8. Чтение (глава, книга, картина, печать, слово).
9. Газета (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. Игра (карта, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. Война (аэропланы, пушки, сражения, ружья, солдаты).
12. Книга (рисунки, война, бумага, любовь, текст).
13. Пение (звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия).
14. Землетрясение (пожар, смерть, колебания почвы, шум, наводнение).
15. Библиотека (город, книги, лекция, музыка, читатели).
16. Лес (лист, яблоня, охотник, дерево, волк).
17. Спорт (медаль, оркестр, состязание, победа, стадион).
18. Больница (помещение, сад, врач, радио, больные).
19. Любовь (розы, чувство, человек, город, природа).
20. Патриотизм (город, друзья, родина, семья, человек).

Задание предъявляется на слух. После зачитывания каждой строчки 10 секунд отводится на записывание столбиком номера каждого ответа и по два соответствующих слова.

Инструкция испытуемому: «Сейчас вам будут зачитываться Строчки слов, в каждой строчке одно слово ключевое. Я назову его, остальные 5 имеют к нему второстепенное отношение. Вам нужно вобрать из пяти слов два наиболее существенных, являющихся неотъемлемыми

признаками ключевого слова. Запишите столбиком номер совета и по два соответствующих слова».

Определяются логичность и устойчивость способа рассуждения. Показателем служит количество баллов, набранных испытуемые 8 ходе исследования.

Ключ

Оценка в баллах	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Количество правильных ответов	20	19	18	17	14-16	12-13	10-11	8-9	6-7	5

2) МЕТОДИКА «ИСКЛЮЧЕНИЕ ПОНЯТИЙ»

Суть этой методики в следующем. Испытуемым зачитывает 5 слов, из которых 4 объединяются общим родовым понятием, а пятое не относится к данному понятию. Требуется прослушать эти слова и в течение 10 секунд записать «лишнее» слово. Затем зачитываются следующие 5 слов и т. д. Всего 20 наборов слов.

1. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
2. Дряхлый, маленький, старый, изношенный, ветхий.
3. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
4. Лист, почка, кора, чешуя, сук.
5. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, понимать.
6. Темный, светлый, голубой, яркий, тусклый.
7. Гнездо, нора, курятник, сторожка, берлога.
8. Неудача, волнение, поражение, провал, крах.
9. Успех, неудача, удача, выигрыш, спокойствие.
10. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
11. Молоко, сыр, сметана, сало, простокваша.
12. Глубокий, низкий, светлый, высокий, горький.
13. Хата, хлев, печь, дым, будка.
14. Береза, сосна, дуб, сирень, ель.
15. Голод, холод, дискомфорт, жажда, нажива.
16. Секунда, час, год, вечер, неделя.
17. Самолет, пароход, техника, поезд, дирижабль.
18. Смелый, храбрый, решительный, злой, отважный.
19. Футбол, волейбол, хоккей, плавание, баскетбол.
20. Карандаш, ручка, рейсфедер, фломастер, чернила.

Инструкция испытуемому: «Я буду зачитывать по 5 слов, из которых 4 объединены общим родовым понятием, а одно к такому понятию не относится или относится в меньшей мере. Такое слово вам следует определить и записать его на своем бланке под соответствующим номером. На запись вам дается по 10 секунд».

Измеряется способность к обобщению. Показателем служит выраженное в баллах количество правильных ответов.

Ключ

Оценка в баллах	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Количество правильных ответов	20	19	18	17	16	15	13-14	12-11	10	9

3) Тест Эббингауза.

Методика Эббингауза, состоит из двух текстов с фразовыми пробелами в каждом предложении. Испытуемому предлагается заполнить пропуски таким образом, чтобы получился связный рассказ. При обработке полученных результатов учитывается общее число вариантов ответов, использованных испытуемыми скорость подбора слов, адекватность выбранных лексических единиц, их вероятностный характер (частотное распределение на каждый пробел) и возникающие затруднения в подборе необходимых слов. Также учитывается сопоставляет ли испытуемый возникшие у него смысловые гипотезы с содержанием всего текста, стремится ли он к поддержанию смысловой связи предложений.

Инструкция: «Просмотрите текст и впишите в каждый пропуск только одно слово так, чтобы получился связный текст».

Возраст ___

ТЕКСТ 1

Над городом повисли снеговые_____. Вечером началась_____. Снег повалил большими_____. Холодный ветер выл как_____дикий_____. На конце пустынной и глухой_____вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с _____пробиралась по_____. Она была худа и бедно_____. Она подвигалась медленно вперед, валенки хлябали и_____ей идти. На ней было плохое_____с узкими рукавами, а на плечах_____. Вдруг девочка_____и, наклонившись, начала что-то _____
посиневшими от_____ручонками стала_____по сугробу.

ТЕКСТ 2

Однажды Генрих IV, французский _____, потерял на охоте из виду свою _____ и принужден был один_____в Париж. На большой_____он увидал простого_____, который_____также в столицу. Король остановил своего _____ и_____мужику с вопросом: «Зачем ты_____в город?» - «Я хочу _____своего сына, да сверх того, мне хотелось бы_____короля, который так любил своих_____; говорят, что он очень_____. Но как его_____в толпе? Не будете ли вы добры_____мне его.» - «Когда народ_____своего короля, - отвечал Генрих, - то каждый_____шляпу; знай: кто не_____шляпы, тот и король». Увидавши своего_____в городе, все парижане сняли_____, только король и мужик был в шляпах. «Кто же из нас обоих_____?» - спросил мужичок с удивлением.

Практическое занятие 13
Психический статус больного

Задание. На основании проведенной беседы с пациентом составить психический статус больного, используя ниже приведенные рекомендации. Результаты оформить в письменном виде.

Рекомендации по написанию психического статуса и представления о больном.

Написание психического статуса проводится после завершения беседы с больным. Психический статус должен быть описательным, без употребления психиатрических терминов,

Начинать написание психического статуса принято с описания состояния сознания больного, которое выражается в ориентировке в пространстве, ситуации, времени и собственной личности. Целесообразно продолжить описание статуса с тех сфер психической деятельности, информация от которых получается в основном через наблюдение, то есть с внешнего облика: поведения и эмоциональных проявлений. После этого следует переходить к описанию познавательной сферы,

информация о которой получается в основном через расспрос и беседу.

В психическом статусе Вы можете словами больного изложить анамнез его заболевания (субъективный анамнез), однако, без знания объективного анамнеза (полученного из беседы с родными больного и из медицинских сведений), делать предположения о нозологической психического расстройства больного нужно с осторожностью, взяв за основу лишь самые достоверные сведения.

Синдромальный диагноз – ведущий синдром в настоящее время. Можно указать два и более синдромов, обычно 1 синдром продуктивных расстройств и 1 синдром – негативных расстройств (если они есть).

Нозологический диагноз – название нозологической единицы, форма, вариант, тип течения болезни, стадия.

При отсутствии сведений, достаточных для установления нозологического диагноза (например, при первичном осмотре больного, который из-за выраженных расстройств психики не может сообщить каких-либо анамнестических сведений) может быть указан только синдромальный диагноз. Нозологический диагноз без указания синдрома является неинформативным и явно недостаточным!

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. В процессе дифференциальной диагностики необходимо после тщательного анализа исключить состояния, сходные по своим клиническим проявлениям с заболеванием у изучаемого пациента.

Для облегчения Вашей работы при написании представления о больном мы предлагаем Вам следующую схему.

Примерная схема беседы с пациентом и перечень возможных вопросов

Ниже по сферам психической деятельности приведены примерные вопросы, которые можно задать больному, описаны различные психопатологические состояния, между которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при описании статуса и представления о больном.

1) Патология сознания

а)Алло-, ауто- и соматопсихическая ориентировка

Ориентировку оценивают, используя вопросы, направленные на выявление осознания больным времени, места и субъекта. Исследование начинают с вопросов о дне, месяце, годе и времени года. При оценке ответов необходимо помнить, что многие здоровые люди не знают точной даты, и вполне понятно, что больные, пребывающие в клинике, могут быть не уверены в отношении дня недели, особенно если в палате постоянно соблюдается одинаковый режим. Выясняя ориентировку в месте, спрашивают пациента о том, где он находится (например, в больничной палате или в доме престарелых). Затем задают вопросы о других людях - допустим, о супруге пациента или об обслуживающем персонале палаты, - осведомляясь, кто они такие и какое отношение имеют к больному. Если последний не в состоянии ответить на эти вопросы правильно, следует попросить его идентифицировать себя самого.

Изменение сознания может возникать вследствие разнообразных причин: соматических заболеваний, ведущих к психозу, интоксикаций, черепно-мозговых травм, шизофренического процесса, реактивных состояний. Поэтому расстройства сознания неоднородны.

В качестве типичных симптомокомплексов измененного сознания выделяют делирий, аменцию, онейроид, сумеречное помрачение сознания. Для всех этих симптомокомплексов характерны выраженные в различной степени:

- расстройство запоминания происходящих событий и субъективных переживаний, ведущее к последующей амнезии, неотчетливость восприятия окружающего, его фрагментарность, затруднение фиксации образов восприятия; ·
- та или иная дезориентировка во времени, в месте, непосредственном окружении, самом себе;
- нарушение связности, последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений; амнезии периода помраченного сознания

б)Дезориентировка. Расстройство ориентировки проявляется при различных острых психозах, хронических состояниях и легко поддается проверке относительно текущей реальной ситуации, окружающей обстановки и личности пациента.

- Как Вас зовут?
- Кто Вы по профессии?

Целостное восприятие окружающей среды может заменяться изменчивыми переживаниями расстроенного сознания.

Способность к восприятию окружающего и собственной личности сквозь иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые переживания становится невозможной или ограничивается деталями.

Изолированные нарушения ориентировки во времени могут быть связаны не с нарушением сознания, а нарушением памяти (амнестическая дезориентировка).

- Какое сейчас время суток?
- Какой день недели, число месяца?
- Какое время года?

Для диагностики тонких нарушений сознания необходимо обращать внимание на реакцию больных на вопросы. Так, больной может правильно ориентироваться в месте, но заданный вопрос застает его врасплох, больной рассеянно осматривается вокруг, отвечает после паузы.

- Где Вы находитесь?
- На что похожа окружающая Вас обстановка?
- Кто вокруг Вас?

в)Отрешенность. Отрешенность от реального внешнего мира проявляется слабым пониманием больными происходящего вокруг, они не могут сосредоточить свое внимание и действуют, невзирая на ситуацию.

При патологических состояниях ослабевает такая характеристика сознания, как степень внимания. В связи с этим нарушается отбор наиболее важной в данный момент информации.

Нарушение «энергии внимания» приводит к снижению способности сосредоточиться на любой поставленной задаче, к неполному охвату, вплоть до полной невозможности восприятия действительности. Обычно задаются вопросы, направленные на выяснение способности пациента осознавать происходящее с ним и вокруг него:

- Что с Вами случилось?
- Почему Вы в больнице?
- Нужна ли Вам помощь?

г)Бессвязность мышления. Больные обнаруживают разные по степени нарушения мышления - от слабости суждения до полной неспособности связать предметы и явления воедино. Несостоятельность таких операций мышления, как анализ, синтез, обобщение, особенно свойственна аменции и проявляется бессвязной речью. Больной может бессмысленно повторять вопросы врача, случайные содержательные элементы мышления могут беспорядочно вторгаться в сознание, сменяясь такими же случайными идеями.

Больные могут ответить на вопрос при многократном повторении громким или, наоборот, тихим голосом. Обычно больные не могут ответить на более сложные вопросы, относящиеся к содержанию их мыслей.

- Что Вас беспокоит?
- О чем Вы думаете?
- Что у Вас на душе?

Можно попытаться проверить способность устанавливать взаимосвязь между внешними обстоятельствами и актуальными событиями:

- Вокруг Вас люди в белых халатах. Почему?
- Вам делают инъекции. Зачем?
- Мешает ли Вам что-нибудь пойти домой?
- Считаете ли Вы себя больным?

д)Амнезия. Для всех симптомокомплексов измененного сознания характерна полная или частичная утрата воспоминаний после окончания психоза.

Психическая жизнь, протекающая в условиях грубого помрачения сознания, может быть недоступна (или почти недоступна) феноменологическому исследованию. Поэтому очень важное диагностическое значение имеет выявление как наличия, так и особенностей амнезии. При отсутствии воспоминаний о реальных событиях во время психоза болезненные переживания часто сохраняются в памяти.

Лучше всего пережитое в период психоза воспроизводят пациенты, перенесшие онейроид. Это касается, главным образом, содержания грезоподобных представлений, псевдогаллюцинаций и, в меньшей степени, воспоминаний о реальной обстановке (при ориентированном онейроиде). При выходе из делирия воспоминания более фрагментарны и касаются почти исключительно болезненных переживаний. Состояния аменции и сумеречного сознания характеризуются чаще всего полной амнезией перенесенного психоза.

- Не было ли у Вас когда-нибудь состояний, похожих на «сновидения» наяву?
- Что Вы видели?
- В чем особенность этих «сновидений»?
- Как долго длилось это состояние?
- Вы были участником этих снов или видели это со стороны?
- Как Вы пришли в себя - сразу или постепенно?
- Помните ли Вы, что происходило вокруг, пока Вы находились в этом состоянии?

2.Поведенческая сфера.

Внешний вид пациента, его манера одеваться позволяет сделать вывод о волевых качествах. Пренебрежение к себе, проявляющееся в неряшливом виде и измятой одежде, наводит на мысль о нескольких возможных диагнозах, включая алкоголизм, наркоманию, депрессию, деменцию или шизофрению. Больные с маниакальным синдромом нередко предпочитают яркие цвета, выбирают нелепого фасона платье или могут казаться плохо ухоженными. Следует также обратить внимание на телосложение пациента. Если есть основания предполагать, что за последнее время он сильно потерял в весе, это должно насторожить врача и навести его на мысль о возможном соматическом заболевании или нервной анорексии, депрессивном расстройстве.

Выражение лица дает информацию о настроении. При депрессии наиболее характерными признаками являются опущенные уголки рта, вертикальные морщины на лбу и слегка приподнятая средняя часть бровей. У больных, находящихся в состоянии тревоги, обычно горизонтальные складки на лбу, приподнятые брови, глаза широко открыты, зрачки расширены. Хотя депрессия и тревога особенно важны, наблюдатель должен искать признаки целого ряда эмоций, включая эйфорию, раздражение и гнев. «Каменное», застывшее выражение лица бывает у больных с явлениями паркинсонизма вследствие приема нейролептиков. Лицо может также указать на такие соматические состояния, как тиреотоксикоз и микседема.

Поза и движения также отражают настроение. Больные в состоянии депрессии сидят обычно в характерной позе: наклонившись вперед, сгорбившись, опустив голову и глядя в пол. Тревожные больные сидят выпрямившись с поднятой головой, часто на краешке стула, крепко держась руками за сиденье. Они, как и больные ажитированной депрессией, почти всегда беспокойны, все время прикасаются к своим украшениям, поправляют одежду или подпиливают ногти; их бьет дрожь. Маниакальные больные гиперактивны и беспокойны.

Большое значение имеет социальное поведение. Пациенты с маниакальным синдромом часто нарушают принятые в обществе условности и чрезмерно фамильярны с малознакомыми людьми. Дементные больные иногда неадекватно реагируют на порядок медицинского собеседования или продолжают заниматься своими делами, как будто нет никакого собеседования. Больные шизофренией нередко странно ведут себя во время опроса; одни из них гиперактивны и расторможены в поведении, другие замкнуты и поглощены своими мыслями, некоторые агрессивны. Больные с асоциальным расстройством личности тоже могут казаться агрессивными. Регистрируя нарушения социального поведения, необходимо дать четкое описание конкретных действий пациента.

Наконец, необходимо выявить , нет ли у пациента необычных моторных расстройств,

которые наблюдаются главным образом при шизофрении. К ним относятся стереотипии, застывание в позах, эхопраксия, амбитендентность и восковая гибкость. Следует также иметь в виду возможность развития поздней дискинезии—нарушения двигательных функций, наблюдающегося главным образом у пожилых больных (особенно у женщин), в течение длительного времени принимающих антипсихотические препараты. Это расстройство характеризуется жевательными и сосательными движениями, гримасничаньем и хореоатетозными движениями, захватывающими лицо, конечности и дыхательную мускулатуру.

3.Расстройства восприятия

Нарушения восприятия определяются при осмотре больного, наблюдении за его поведением, расспросе, изучении рисунков, письменной продукции. О наличии гиперестезии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: больной садится к окну спиной, просит врача говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полушепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопанье двери. Объективные признаки наличия иллюзий и галлюцинаций удается установить значительно реже, нежели получить соответствующую информацию от самого больного.

О наличии и характере галлюцинаций можно судить, наблюдая за поведением пациента, - он к чему-то прислушивается, затыкает уши, ноздри, что-то шепчет, со страхом озирается по сторонам, от кого-то отмахивается, что-то собирает на полу, стряхивает с себя что-то и т.п. В истории болезни необходимо подробнее описать подобное поведение больного. Такое поведение дает основание для соответствующих расспросов.

В тех случаях, когда объективные признаки галлюцинирования отсутствуют, не всегда следует задавать вопрос – «видится или слышится» что-то больному. Лучше, если эти вопросы будут наводящими, чтобы побудить больного к активному рассказу о своих переживаниях. Важно не только то, что рассказывает больной, но и как рассказывает: охотно или неохотно, со стремлением к диссимуляции или без такого стремления, с интересом, с видимой эмоциональной окраской, аффектом страха или безразлично, равнодушно.

а)**Сенестопатии.** К особенностям поведения больных, испытывающих сенестопатии, в первую очередь относятся настойчивые обращения за помощью к специалистам соматического профиля, а в дальнейшем - часто к экстрасенсам и колдунам. Этим удивительно стойким, монотонным болям / неприятным ощущениям свойственны отсутствие предметности переживаний в отличие от висцеральных галлюцинаций, нередко своеобразный, даже вычурный оттенок и нечеткая, изменчивая локализация. Необычные, мучительные, ни на что не похожие ощущения «бродят» по животу, грудной клетке, конечностям и больные четко противопоставляют их болям при обострении известных им заболеваний.

- - Где Вы ощущаете это?
- - Есть ли какие-то особенности у этих болей / неприятных ощущений?
- - Меняется ли область, где вы ощущаете их? Связано ли это со временем суток?
- - Являются ли они исключительно физическими по характеру?
- - Есть ли какая-нибудь связь их возникновения или усиления с приемом пищи, временем суток, физической нагрузкой, погодными условиями?
- - Проходят ли эти ощущения при приеме обезболивающих либо успокаивающих средств?

б)**Иллюзии и галлюцинации**. Расспрашивая об иллюзиях и галлюцинациях, следует проявлять особый такт. Прежде чем приступить к данной теме, целесообразно подготовить пациента, сказав: «у некоторых людей при нервном расстройстве бывают необычные ощущения». Затем можно спросить о том, не слышал ли больной каких-либо звуков или голосов в момент, когда в пределах слышимости никого не было. Если же история болезни дает основания предполагать в данном случае наличие зрительных, вкусовых, обонятельных, тактильных или висцеральных галлюцинаций, следует задать соответствующие вопросы.

Если больной описывает галлюцинации, то в зависимости от типа ощущений формулируются определенные дополнительные вопросы. Надлежит выяснить, слышал ли он один голос или несколько; в последнем случае казалось ли больному, что голоса разговаривали между собой о нем, упоминая его в третьем лице. Эти явления следует отличать от ситуации, когда

больной, слыша голоса реальных людей, беседующих на расстоянии от него, убежден, что они обсуждают его (бред отношения). Если пациент утверждает, что голоса обращаются к нему (галлюцинации от второго лица), нужно установить, что именно они говорят, и если слова воспринимаются как команды, то чувствует ли больной, что должен им повиноваться. Необходимо зафиксировать примеры слов, произносимых галлюцинаторными голосами.

Зрительные галлюцинации следует дифференцировать от зрительных иллюзий. Если пациент не испытывает галлюцинаций непосредственно во время осмотра, то бывает трудно провести такое разграничение, поскольку оно зависит от присутствия или отсутствия реального зрительного раздражителя, который мог быть неверно интерпретирован.

Слуховые галлюцинации. Пациент сообщает о шумах, звуках или голосах, которые он слышит. Голоса могут быть мужские или женские, знакомые и незнакомые, больной может слышать критику или комплементы в свой адрес.

- - Приходилось ли Вам слышать какие-либо звуки или голоса, когда никого нет рядом с Вами или Вы не понимали откуда они?
- - Слышите ли Вы голоса, описывающие или обсуждающие Ваши действия и мысли?
- - Что они говорят?

Галлюцинации в форме диалога - это симптом, при котором больной слышит два и более голосов, обсуждающих что-то, касающееся пациента.

- - Сколько голосов удается различить?
- - Что они обсуждают?
- - Что это за звуки (голоса)?
- - Откуда Вы их слышите?

Галлюцинации комментирующего содержания. Содержанием таких галлюцинаций является текущий комментарий поведения и мыслей больного.

- - Голоса просто констатируют совершаемое Вами?
- - Слышите ли Вы какие-нибудь оценки своих действий, мыслей?

Императивные галлюцинации. Обманы восприятия, побуждающие больного к определенному действию.

- Не приходилось ли Вам слышать голоса, приказывающие или советующие сделать что-либо?

Тактильные галлюцинации. К этой группе расстройств относят сложные обманы, тактильного и общего чувства, в виде ощущения прикосновения, охватывания руками, какой-то материей, ветром; ощущения ползанья насекомых под кожей, уколов, укусов.

- Знакомы ли Вам необычные ощущения прикосновения в отсутствии кого-либо, кто мог бы сделать это?
- Не испытывали ли Вы когда-нибудь внезапного изменения веса своего тела, ощущения легкости или тяжести, погружения или полета.

Обонятельные галлюцинации. Больные ощущают необычные запахи, чаще неприятные. Иногда пациенту кажется, что этот запах исходит от него.

- Испытываете ли Вы какие-нибудь необычные запахи или запахи, которые другие не ощущают? Что это за запахи?
- Вкусовые галлюцинации проявляются чаще в виде неприятных вкусовых ощущений.
- Приходилось ли Вам чувствовать, что обычная пища изменила свой вкус?
- Ощущаете ли Вы какой-нибудь вкус вне приема пищи?

Зрительные галлюцинации. Больной видит очертания, тени или людей, ко торых нет в действительности. Иногда это очертания или цветовые пятна, но чаще - фигуры людей или похожих на людей существ, животных. Это могут быть персонажи религиозного происхождения.

- Приходилось ли Вам видеть то, что другие люди увидеть не в состоянии?
- Были ли у Вас видения?
- Что Вы видели?
- В какое время суток это случалось с Вами?
- - Связано ли это с моментом засыпания или пробуждения?

Деперсонализация и дереализация. Больным, испытавшим деперсонализацию и дереализацию, обычно трудно описать их; пациенты, незнакомые с указанными явлениями, часто неправильно понимают заданный им по этому поводу вопрос и дают ответы, вводящие в заблуждение. Поэтому особенно важно, чтобы больной привел конкретные примеры своих переживаний. Рационально начать со следующих вопросов: «Вы когда-либо ощущали, что окружающие вас предметы нереальны?» и «У вас бывает ощущение собственной нереальности? Не казалось ли вам, что какая-то часть вашего тела ненастоящая?». Больные, испытывающие дереализацию, часто говорят, что все объекты окружающей среды представляются им ненастоящими или безжизненными, в то время как при деперсонализации пациенты могут утверждать, что чувствуют себя отделенными от окружения, неспособными ощущать эмоции или будто бы играющими какую-то роль. Некоторые из них при описании своих переживаний прибегают к образным выражениям (например: «как будто я - робот»), что следует тщательно дифференцировать от бреда.

Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte). Чувство знакомости никогда не привязано к определенному событию или периоду в прошлом, а относится к прошлому вообще. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие происходило, может существенно отличаться при разных заболеваниях. При отсутствии критики эти парамнезии могут поддерживать мистическое мышление больных, участвовать в формировании бреда.

- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вам уже приходила в голову мысль, которая не могла возникнуть раньше?
- Не испытывали ли Вы чувства, что Вы уже слышали когда-то то, что Вы слышите теперь впервые?
- Не было ли ощущения необоснованной знакомости текста при чтении?
- Не приходилось ли Вам, увидев что-то впервые, чувствовать, что Вы уже видели это раньше?

Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др. (jamais vu, jamais vecu, jamais entendu и другие). Больным кажется незнакомым, новым и непонятным привычное, хорошо известное. Ощущения, связанные с искажением чувства знакомости, могут быть как пароксизмальными, так и длительными.

- Не было ли у Вас ощущения, что привычная обстановка видится Вами в первый раз?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь странную незнакомость того, что должны были много раз слышать раньше?

4. Расстройства мышления.

При анализе характера мышления устанавливается темп мыслительного процесса (ускорение, замедление, заторможенность, остановки), склонность к детализации, «вязкость мышления», склонность к бесплодному мудрствованию (резонерство). Важным является описание содержания мышления, его продуктивности, логики, установление способности к конкретному и абстрактному, отвлеченному мышлению, анализируется умение больного оперировать представлениями и понятиями. Изучается способность к анализу, синтезу, обобщению.

Одной из классических методик исследования мышления является методика исследования понимания рассказов. После прослушивания или чтения рассказа испытуемому предлагают воспроизвести рассказ. При этом обращают внимание на характер изложения (словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы). Существенное значение имеет выяснение того, насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

Для исследования можно использовать и тексты с пропущенными словами (проба Эббингауза). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа. При этом возможно обнаружение нарушения критичности мышления:

обследуемый вставляет случайные слова, иногда по ассоциации с близко расположенными и недостающими, а допускаемые нелепые ошибки не исправляет. Выявлению патологии мышления способствует выявление понимания переносного смысла пословиц и поговорок.

Формальные расстройства мышления

Процесс мышления не может быть оценен непосредственно, поэтому главным объектом изучения является речь.

Речь больного позволяет выявить некоторые необычные расстройства, наблюдаемые в основном при шизофрении. Нужно установить, используются ли пациентом неологизмы, то есть слова, придуманные им самим, часто для описания патологических ощущений. Прежде чем признать то или иное слово неологизмом, важно удостовериться в том, что это не просто погрешность в произношении или заимствование из другого языка.

Далее регистрируются нарушения потока речи. Внезапные остановки могут указывать на обрыв мыслей, но чаще это просто следствие нервно-психического возбуждения. Быстрые переключения с одной темы на другую наводят на предположение о скачке идей, в то время как аморфность и отсутствие логической связи могут указывать на тип расстройства мышления, характерный для шизофрении.

Замедление темпа речи (депрессивный субступор, кататонический мутизм)

Некоторые ответы не содержат полной информации, в том числе и на дополнительные вопросы;

Врач замечает, что вынужден часто побуждать больного, в порядке ободрения, к развитию или уточнению ответов;

Ответы могут быть односложными или очень короткими («да», «нет», «может быть», «не знаю»), редко более одного предложения;

Больной ничего не говорит и лишь изредка пытается ответить на вопрос.

Обстоятельность. Снижение способности отделять главное от второстепенного приводит к хаотичности ассоциаций. Эти особенности мышления присущи людям с органическим поражением центральной нервной системы и эпилептическими изменениями личности.

Повышенная склонность к детализации может быть заметна при свободном изложении, ответах на открытые вопросы;

Больные не могут ответить на конкретно поставленные вопросы, углубляясь в подробности.

Резонерство. В основе резонерства лежит повышенная тенденция к «оценочным суждениям», склонность к обобщению по отношению к мелкому объекту суждений. Больные склонны пространно рассуждать о всем известных вещах, пересказывая и утверждая банальные истины.

Паралогичность (т.н. «кривая логика»). При таком расстройстве мышления факты и суждения консолидируются на единой логической основе, укладываются в цепочку, нанизываются друг на друга с особой предвзятостью. Факты, противоречащие изначальному ложному суждению или не согласующиеся с ним, не принимаются во внимание. Паралогичность лежит в основе интерпретативных форм бреда, по содержанию это чаще всего бредовые идеи преследования, реформаторства, изобретательства, ревности и другие.

При беседе такое нарушение мышления может проявляться в связи с обсуждением перенесенных в прошлом психических травм, которые стали «больным пунктом» в психике пациентов. Такой «кататимный» характер паралогического бредообразования может возникать в случае влияния эмоциональной травмы, связанной с переживаниями ипохондрического характера, семейного, сексуального плана, тяжелых личных обид.

В более тяжелых случаях паралогическое мышление проявляется вне зависимости от темы беседы. При этом умозаключения определяются не действительностью, не логическими законами, а управляются исключительно потребностями (чаще болезненными) личности.

Обрыв мысли, или шперрунг. Проявляется внезапной остановкой речи прежде, чем мысль завершена. После паузы, которая может продолжаться несколько секунд, реже минут, больной не может вспомнить, что говорил или хотел сказать.

Длительное молчание только тогда может быть квалифицировано как обрыв мысли, когда больной произвольно описывает задержку мышления или после вопроса врача определяет

причину паузы именно таким образом.

- Испытывали ли Вы когда-нибудь внезапное, не связанное с внешними причинами, исчезновение мысли?
- Что помешало Вам закончить фразу?
- Что Вы почувствовали?

Ментизм. Мысли могут приобретать произвольное, неуправляемое течение. Чаще наблюдается ускоренное течение процессов мышления, сконцентрировать внимание не удается и в сознании остается лишь «тени» мысли или ощущение «роя» проносящихся мыслей.

- Не ощущаете ли Вы порой (в последнее время) сумбур в голове?
- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вы не контролируете поток собственных мыслей?
- Не было ли ощущения, что мысли мелькают мимо?

Необходимо обращать внимание на внешний вид больного: необычность одежды, выражение лица и взгляд (печальный, настороженный, сияющий и др.). Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии бреда или двигательных навязчивостей (ритуалов). О сверхценных и навязчивых идеях (в отличие от бредовых) больной обычно охотно рассказывает сам. Необходимо определить, насколько эти идеи связаны с содержанием мышления в данный момент, их влияние на течение мыслительных процессов и связь этих идей с личностью больного. Так, если доминирующие и сверхценные идеи полностью связаны с содержанием мышления больного, определяют его, то навязчивые мысли (идеи) не находятся в связи с содержанием мышления больного в данное время и могут ему противоречить. Важно оценить степень насильственности различных идей в сознании больного, степень их чуждости мнению, мировоззрению и степень его критического отношения к указанным идеям.

Обсессивные явления. В первую очередь рассматриваются навязчивые мысли. Целесообразно начать с такого вопроса:

Приходят ли вам в голову постоянно какие-то мысли, несмотря на то, что вы усиленно стараетесь их не допускать?

Если пациент дает утвердительный ответ, следует попросить его привести пример. Больные часто стыдятся навязчивых мыслей, особенно касающихся насилия или секса, поэтому может потребоваться настойчиво, но благожелательно расспросить пациента. Прежде чем идентифицировать подобные явления как навязчивые мысли, врач должен удостовериться, что больной воспринимает такие мысли как свои собственные (а не внушенные кем-то или чем-то).

Компульсивные ритуалы в некоторых случаях можно заметить при внимательном наблюдении, но иногда они принимают скрытую от постороннего глаза форму (как, например, мысленный счет) и обнаруживаются только потому, что нарушают течение беседы. При наличии компульсивных ритуалов необходимо попросить больного привести конкретные примеры. Для выявления подобных расстройств используют следующие вопросы:

- Чувствуете ли вы необходимость постоянно проверять действия, которые, как вы знаете, вы уже выполнили?
- Ощущаете ли вы необходимость снова и снова делать что-то, что большинство людей делает только один раз?
- Чувствуете ли вы необходимость многократно повторять одни и те же действия абсолютно одинаковым способом? Если на любой из этих вопросов больной ответит «да», врач должен попросить его привести конкретные примеры.

Бред

Бред - это единственный симптом, о котором нельзя спрашивать прямо, потому что больной не осознает разницы между ним и другими убеждениями.

Если ставится задача выявить наличие бредовых идей, целесообразно для начала попросить пациента объяснить другие симптомы или описанные им неприятные ощущения. Например, если больной говорит, что жить не стоит, он также может считать себя глубоко порочным, а свою карьеру — погубленной, несмотря на отсутствие объективных оснований для такого мнения.

Если выявлены идеи, которые могут оказаться бредовыми, но могут и не быть таковыми, необходимо выяснить, насколько они устойчивы. Необходимо выяснить, не обусловлены ли

убеждения пациента скорее культурными традициями, нежели бредом. Судить об этом бывает трудно, если пациент воспитан в традициях другой культуры или принадлежит к необычной религиозной секте. В таких случаях можно разрешить сомнения, подыскав психически здорового соотечественника пациента или лицо, исповедующее ту же религию.

Существуют специфические формы бреда, распознать которые особенно сложно. Бредовые идеи открытости необходимо дифференцировать от мнения, что окружающие могут догадаться о мыслях человека по выражению его лица или поведению. Для выявления указанной формы бреда можно спросить: Верите ли вы в то, что другие люди знают, о чем вы думаете, хотя вы не высказывали своих мыслей вслух?

В целях выявления бреда «вкладывания мыслей» используют соответствующий вопрос: Вы когда-нибудь чувствовали, что некоторые мысли не принадлежат собственно вам, а внедрены в ваше сознание извне?

Бред «отнятия мыслей» может быть диагностирован с помощью вопроса: Ощущаете ли вы иногда, что мысли изымают у вас из головы?

При диагностике бреда контроля врач сталкивается с аналогичными трудностями. В этом случае можно спросить:

- Чувствуете ли вы, что какая-то внешняя сила пытается управлять вами?
- Не бывает ли у вас ощущения, что ваши действия контролируются каким-то лицом или чем-то, находящимся вне вас?

Поскольку переживания такого рода далеки от нормальных, некоторые пациенты неправильно понимают вопрос и отвечают утвердительно, имея в виду религиозное или философское убеждение в том, что деятельность человека направляется Богом или дьяволом. Другие думают, что речь идет об ощущении потери самоконтроля при крайней тревоге. Больные шизофренией могут заявить о наличии у них указанных ощущений, если они слышали «голоса», отдающие команды. Поэтому за получением положительных ответов должны следовать дальнейшие вопросы для исключения подобных недоразумений.

Бред ревности. Его содержанием является убежденность в измене супруги/супруга. Любые факты воспринимаются как доказательства этой измены. Обычно больные прилагают большие усилия, чтобы найти подтверждения внебрачной любовной связи в виде волос на постельном белье, запаха духов или одеколона от одежды, подарков от любовника. Вырабатываются планы и делаются попытки застать любовников вместе.

- Не бывает ли у Вас мысли о том, что Ваш(а) супруг(а) / друг, могут быть неверны Вам?
- Какие подтверждения тому у Вас есть?

Бред виновности. Пациент уверен, что он совершил какой-то ужасный грех или сделал что-то непозволительное. Иногда пациент чрезмерно и неадекватно поглощен (охвачен) переживаниями о том «плохом», что он делал в детстве. Иногда пациент чувствует ответственность за какие-то трагические события, как, например, пожар или автокатастрофу, к которым в действительности он не имеет отношения.

- Не бывает ли у Вас ощущения, что Вы совершили что-то ужасное?
- Есть ли что-то такое, за что Вас мучает совесть?
- Можете ли Вы рассказать об этом?
- Кажется ли Вам, что Вы заслуживаете наказания за это?
- Думаете ли Вы иногда о том, чтобы наказать себя?

Мегаломанический бред. Больной считает, что обладает особыми способностями и могуществом. Он может быть уверен в том, что является знаменитой личностью, например, какой-нибудь рок-звездой, Наполеоном или Христом; считать, что он написал великие книги, сочинил гениальные музыкальные произведения или сделал революционные научные открытия. Часто возникают подозрения в том, что кто-то пытается украсть его идеи, малейшие сомнения со стороны в его особых способностях вызывают раздражение.

- Не возникает ли мыслей, что Вы можете добиться чего-то великого?
- Если бы Вы сравнили себя со средним человеком, как бы Вы оценили себя: немного лучше, немного хуже или такой же?

- Если хуже; то в чем? Есть ли в Вас что-то особенное?
- Есть ли у Вас какие-либо особые способности, дарования или возможности, имеете ли Вы экстрасенсорное восприятие или какой-то способ влиять на людей?
- Считаете ли Вы себя яркой личностью?
- Можете ли Вы описать, чем Вы знамениты?

Бред религиозного содержания. Пациент охвачен ложными религиозными представлениями. Иногда они возникают в рамках традиционных религиозных систем, скажем, представления о Втором Пришествии, Антихристе или овладении дьяволом. Это могут быть и совершенно новые религиозные системы или смесь представлений из различных религий, в частности восточных, например, идеи реинкарнации или нирваны.

Религиозный бред может сочетаться с мегаломаническим бредом величия (если пациент считает себя религиозным лидером); бредом виновности, если мнимое преступление является, по убеждению больного, грехом, за который он должен нести вечную кару Господа, или бредом воздействия, например, при убежденности в одержимости дьяволом.

Бред религиозного содержания должен выходить за рамки представлений, принятых в культуральном и религиозном окружении пациента.

- Вы религиозный человек?
- Что Вы под этим понимаете?
- Имели ли Вы какой-нибудь необычный религиозный опыт (впечатления)?
- Вы воспитывались в религиозной семье или пришли к вере позже? Как давно?
- Близки ли Вы к Богу? Означил ли Бог особую роль или цель для Вас?
- Имеете ли Вы особую миссию в жизни?

Ипохондрический бред проявляется болезненной убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Любое высказывание врача в этом случае трактуется как попытка обмануть, скрыть истинную опасность, а отказ от операции или другого радикального способа лечения убеждает пациента в том, что болезнь достигла терминальной стадии.

Эти расстройства следует отличать от дисморфомонического (дисморфофобического) синдрома, когда основные переживания больного сосредоточены на возможном физическом недостатке или уродстве Помимо собственно идей физического недостатка, у страдающих дисморфоманией, как правило, наблюдаются идеи отношения (ощущение, что все окружающие замечают их дефект, посмеиваются над ними), тоскливый фон настроения. Описывают постоянное стремление больных незаметно от окружающих рассматривать себя в зеркале («симптом зеркала»), настойчивый отказ от участия в фотосъемках, обращения в косметологические салоны с просьбами о проведении операций по исправлению «недостатков».

Например, больной может считать, что его желудок или мозг сгнил; его руки вытянулись или изменились черты лица (дисморфомания).

- Нет ли каких-либо нарушений в работе Вашего организма?
- Не замечали ли каких-нибудь изменений Вашего внешнего вида?

Бред отношения. Больные считают, что ничего не значащие замечания, высказывания или события относятся к ним или предназначены им специально. Увидев смеющихся людей, больной убежден, что смеются над ним. Читая газету, слушая радио или смотря телевизор, больные склонны воспринимать определенные фразы в качестве специальных сообщений, адресованных им. Твердую убежденность в том, что не имеющие отношения к пациенту события или высказывания относятся к нему, следует считать бредом отношения.

- Входя в комнату, где находятся люди, не думаете ли Вы, что они разговаривают о Вас и, может быть, смеются над Вами?
- Бывает по телевидению, в радиопрограммах и газетах какая-то информация, имеющая отношение лично к Вам?
- Как реагируют на Вас незнакомые люди в общественных местах, на улице, в транспорте?

Бред воздействия. Больной испытывает отчетливое влияние на чувства, мысли и действия со стороны или ощущение управления ими какой-то внешней силой. Главным признаком этой формы бреда является выраженное ощущение воздействия.

Наиболее характерны описания чуждых сил, поселившихся в теле пациента и заставляющих его двигаться особым образом или каких-либо телепатических посланий, вызывающих чувства, воспринимающиеся как чужие.

- Некоторые люди верят в возможность передавать мысли на расстояние. Каково Ваше мнение?
- Не приходилось ли Вам испытывать ощущение несвободы, не связанное с внешними обстоятельствами?
- Не было ли когда-нибудь впечатления, что Ваши мысли или чувства не принадлежат Вам?
- Приходилось ли Вам ощущать, что какая-то сила управляет Вашими движениями?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь необычное воздействие?
- Было ли это воздействие со стороны какого-то человека?
- Не было ли необычным образом вызванных неприятных либо приятных ощущений в теле?

Открытость мыслей. Пациент убежден в том, что люди могут читать его мысли на основании субъективного восприятия и особенностей поведения окружающих.

Вкладывание мыслей. Больной считает, что мысли, не являющиеся его собственными, вкладываются в его голову.

Изъятие мыслей. Больные могут описывать субъективные ощущения внезапного удаления или прерывания мысли со стороны какой-то внешней силы.

Субъективный, перцептивный, компонент бреда воздействия, называемый психическим автоматизмом (идеаторный, сенсорный и моторный варианты), выявляется с помощью тех же вопросов:

- Не случалось ли Вам чувствовать, что люди могут знать, о чем Вы думаете, или даже читать Ваши мысли?
- Как они могут делать это?
- Зачем им это нужно?
- Можете ли Вы сказать, кто контролирует Ваши мысли?

Вышеописанные симптомы входят в структуру идеаторного автоматизма, наблюдающегося при синдроме Кандинского-Клерамбо.

5. Расстройства памяти

В процессе сбора анамнеза должны быть заданы вопросы о наличии постоянных затруднений при запоминании. Во время обследования психического статуса пациентам предлагаются тесты для оценки памяти на текущие, недавние и отдаленные события. Кратковременная память оценивается следующим образом. Больного просят воспроизвести ряд однозначных чисел, произносимых достаточно медленно, с тем, чтобы дать возможность больному зафиксировать их.

Для начала выбирают легкий для запоминания короткий ряд чисел, дабы удостовериться в том, что больной понял задание. Называют пять разных чисел. Если больной сможет повторить их правильно, предлагают ряд из шести, а затем из семи чисел. Если пациент не справился с запоминанием пяти чисел, тест повторяют, но уже с рядом других пяти чисел.

Нормальным показателем для здорового человека считается правильное воспроизведение семи чисел. Для выполнения этого теста необходима также достаточная концентрация внимания, поэтому его нельзя использовать для оценки памяти, если результаты тестов на концентрацию явно ненормальны.

Далее оценивается способность к восприятию новой информации и немедленному ее воспроизведению, а затем и к ее запоминанию. В течение пяти минут врач продолжает беседовать с пациентом на другие темы, после чего проверяются результаты запоминания.

Память на недавние события оценивают, спрашивая о новостях за последние один-два дня или о событиях в жизни больного, известных врачу. Новости, о которых задаются вопросы, должны соответствовать интересам больного и широко освещаться средствами массовой информации.

Память на отдаленные события можно оценить, попросив больного вспомнить определенные моменты из его биографии либо хорошо известные факты общественной жизни за последние несколько лет, такие как даты рождения его детей или внуков или же имена политических

лидеров. Четкое представление о последовательности событий так же важно, как и наличие воспоминаний об отдельных событиях.

Стандартизированные психологические тесты на усвоение и память могут помочь при диагностике и обеспечивают количественную оценку нарастания расстройств памяти. Среди них одним из наиболее эффективных является тест Векслера на логическую память, при котором требуется воспроизвести содержание короткого абзаца немедленно и по истечении 45 минут. Подсчет баллов производится на основании количества правильно воспроизведенных пунктов.

Нарушения памяти встречаются часто, а во второй половине жизни в той или иной степени имеют место у большинства людей. Квалификация специфики нарушений памяти может помочь врачу составить целостное представление о ведущем синдроме, нозологической принадлежности заболевания, стадии течения, а иногда и о локализации патологического процесса.

За жалобами на «потерю памяти» может скрываться иная патология. Действительная замедленность мышления усугубляется неуверенностью либо невнимательностью, связанной с тревожностью депрессивных больных, а сниженная самооценка обрамляет эти реальные когнитивные нарушения в рамки переживаний малоценности. На начальных этапах развития депрессии это могут быть жалобы на нарушение памяти.

При реактивных истерических состояниях возможно активное забывание или вытеснение тягостных психотравмирующих переживаний. Вне временных рамок патогенной ситуации память остается сохранной.

Фрагментарные выпадения из памяти отдельных (часто значимых) деталей событий, происшедших в состоянии алкогольного опьянения, - палимпсесты - являются достоверным признаком начальной стадии алкоголизма.

Для выявления патологии памяти используются пробы на запоминание искусственных словосочетаний и десяти слов.

Элективные, избирательные дисмнезии - запамятование конкретной информации, возникающее в ситуациях психоэмоциональной напряженности, лимита времени, характерное для сосудистой мозговой патологии. Забывание дат, имен, адресов или номеров телефонов при волнении может обратить на себя внимание уже при сборе анамнеза. В этом случае особенно уместно уточнить:

- Не замечали ли Вы, что Вам не удается вспомнить что-то хорошо знакомое, когда вспомнить нужно срочно, например, при неожиданном телефонном разговоре либо когда Вы разволновались?

Динамические нарушения памяти. При сосудистых заболеваниях головного мозга у больных, перенесших черепно-мозговые травмы, при некоторых интоксикациях мнестическая деятельность может носить прерывистый характер. Подобные нарушения редко выступают в виде изолированного моносимптома, а проявляются в сочетании с прерывистостью всех психических процессов. Память в данном случае является индикатором неустойчивости, истощаемости умственной работоспособности больных в целом.

Одним из показателей динамического нарушения памяти является возможность ее улучшения при применении средств опосредования, к чему больные прибегают в повседневной жизни. О таком приспособлении уместно поинтересоваться:

- Не делаете ли Вы себе какие-нибудь заметки для памяти (узелки на носовом платке)?
- Не оставляете ли Вы на видном месте какие-нибудь предметы, которые напомнили бы Вам о чем-то?

Фиксационная амнезия состоит в нарушении запоминания текущих событий, при сохранности памяти на прошлое. Эта амнезия является ведущим симптомом синдрома Корсакова при токсических, травматических и сосудистых психозах, протекающих как остро, так и хронически. Представившись пациенту, уместно предупредить, что в интересах обследования Вы попросите назвать Вас по имени спустя какое-то время. Обычно задаются следующие вопросы:

- Что Вы делали сегодня утром?
- Как зовут Вашего лечащего врача?
- Назовите имена пациентов из Вашей палаты.

Ретроградная амнезия представляет собой выпадение из памяти событий, предшествовавших периоду нарушенного сознания.

При *антероградной амнезии* из памяти больного выпадают события на период времени, непосредственно следующий за периодом нарушенного сознания

Конградная амнезия представляет собой отсутствие памяти на события, происходившие в период нарушенного сознания.

Прогрессирующая гипомнезия. Опустошение памяти нарастает постепенно и происходит в определенной последовательности: от частного к общему, от позднее приобретенных навыков и знаний к тем, что были получены раньше, от менее эмоционально значимого к более значимому. Такая динамика соответствует закону Рибо. Выраженность прогрессирующей амнезии могут выявлять вопросы о жизненных событиях, задаваемые в последовательности - от текущих к отдаленным.

- Не могли бы Вы назвать:
- последние наиболее известные события в мире;
- приблизительную численность населения города (поселка), где Вы живете;
- часы работы Вашего ближайшего продуктового магазина;
- дни Вашего обычного получения пенсии (зарплаты);
- сколько Вы платите за квартиру?

Псевдореминисценции - обманы памяти, заключающиеся в смещении во времени событий, действительно имевших место в жизни больного. События прошлого выдаются за настоящее. Содержание их, как правило, однообразно, обыденно, правдоподобно. Обычно как псевдореминисценции, так и конфабуляции спонтанно излагаются больными в рассказе. Вопросы, направленные на выявление этих расстройств не определены.

Конфабуляции. Воспоминания, не имеющие никакого реального основания в прошлом, временной причинной связи с ним. Выделяют фантастические конфабуляции, которые представляют собой вымысел о необыкновенных событиях, происшедших с больными в различные периоды жизни, в том числе и в доболезненный период. Конфабуляции могут быть отрывочны, изменчивы, при повторных рассказах сообщаются новые невероятные подробности.

6. Расстройства внимания

Внимание — это способность сосредоточиться на каком-либо объекте. Концентрация — способность удерживать эту сосредоточенность. Во время сбора анамнеза врач должен следить за вниманием и его концентрацией у пациента. Таким образом он уже сможет сформировать суждение о соответствующих способностях до окончания обследования психического статуса. Формальные тесты позволяют расширить эту информацию и дают возможность с определенной достоверностью выразить в количественных показателях изменения, развивающиеся по мере прогрессирования заболевания. Обычно начинают со счета по Крепелину: больного просят отнять 7 от 100, затем вычесть 7 из остатка и повторять указанное действие до тех пор, пока остаток не окажется меньше семи. Регистрируют время выполнения теста, а также количество ошибок. Если создается впечатление, что пациент плохо справился с тестом из-за слабого знания арифметики, следует предложить ему выполнить более простое аналогичное задание или перечислить названия месяцев в обратном порядке.

Исследование направленности и сосредоточенности психической деятельности пациентов является очень важным в различных областях клинической медицины, так как с расстройства внимания начинаются многие психические и соматические болезненные процессы. Нарушения внимания часто подмечаются самими больными, а почти житейский характер этих расстройств позволяет пациентам рассказывать о них врачам различных специальностей. Однако при некоторых психических заболеваниях больные могут и не замечать своих проблем в сфере внимания.

К числу основных характеристик внимания относят *объем, избирательность, устойчивость, концентрацию, распределение и переключение.*

Под объемом внимания понимается то количество объектов, которое может быть отчетливо воспринято в относительно короткий период времени.

Ограниченность объема внимания требует постоянного выделения субъектом каких-либо наиболее значимых объектов окружающей действительности. Этот выбор из множества стимулов

только некоторых носит название избирательности внимания.

· Больной обнаруживает рассеянность, периодически переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы.

· На характере общения сказывается заметная отвлекаемость, трудность в поддержании и произвольном переключении внимания на новую тему.

· Внимание пациента удерживается на одной мысли, теме разговора, объекта совсем недолго

Устойчивость внимания - это способность субъекта не отклоняться от направленной психической активности и сохранять сосредоточенность на объекте внимания.

Больного отвлекают любые внутренние (мысли, ощущения) или внешние раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-нибудь предмет, попавший в поле зрения). Продуктивный контакт может быть практически невозможен.

Концентрация внимания является способностью фокусировать внимание при наличии помех.

- Замечаете ли Вы, что Вам трудно сосредоточиться при выполнении умственной работы, особенно в конце рабочего дня?
- Не замечаете ли Вы, что стали делать больше ошибок в работе по невнимательности?

Распределение внимания свидетельствует о возможности субъекта направлять и сосредоточивать свою психическую деятельность на нескольких независимых переменных одновременно.

Переключение внимания представляет собой перемещение его направленности и сосредоточенности с одного объекта или вида деятельности на другие.

- Чувствительны ли Вы к внешним помехам при выполнении умственной работы?
- Быстро ли Вам удается переключить внимание с одного занятия на другое?
- Всегда ли Вам удается уследить за сюжетом интересующего Вас фильма, телепередачи?
- Часто ли Вы отвлекаетесь при чтении?
- Часто ли Вам приходится замечать, что Вы механически пробегаете текст взглядом, не улавливая его смысл?

Исследование внимания также проводится с помощью таблиц Шульте и корректурной пробы.

7.Расстройства эмоций

Оценку настроения начинают с наблюдения за поведением и продолжают с помощью прямых вопросов:

- Какое у вас настроение?
- Как вы себя чувствуете в смысле душевного состояния?

Если выявлена депрессия, следует более подробно расспросить пациента о том, ощущает ли он иногда, что близок к слезам (существующая фактически слезливость часто отрицается), посещают ли его пессимистические мысли о настоящем, о будущем; возникает ли у него чувство вины по отношению к прошлому. Вопросы при этом могут формулироваться следующим образом:

- Как вы думаете, что с вами будет в будущем?
- Вините ли вы себя в чем-нибудь?

При углубленном исследовании состояния тревоги больного спрашивают о соматических симптомах и о мыслях, сопровождающих данный аффект: Замечаете ли вы какие-либо изменения в своем организме, когда ощущаете тревогу?

Затем переходят к рассмотрению специфических моментов, осведомляясь об учащенном сердцебиении, сухости во рту, потливости, дрожи и других признаках активности вегетативной нервной системы и мышечного напряжения. Чтобы выявить наличие тревожных мыслей, рекомендуется спросить: Что приходит вам на ум, когда вы испытываете тревогу?

Вероятные ответы связаны с мыслями о возможном обмороке, потере контроля над собой и о надвигающемся сумасшествии. Многие из этих вопросов неизбежно совпадают с задаваемыми при сборе сведений для истории болезни.

Вопросы о приподнятом настроении соотносятся с задаваемыми при депрессии; так, за общим вопросом («Как настроение?») следуют при необходимости соответствующие прямые вопросы, например: Чувствуете ли вы необычайную бодрость?

Приподнятое настроение часто сопровождается мыслями, отражающими чрезмерную

самоуверенность, завышенную оценку своих способностей и сумасбродные планы.

Наряду с оценкой доминирующего настроения врач должен выяснить, как изменяется настроение и соответствует ли оно ситуации. При резких сменах настроения говорят, что оно лабильно. Необходимо также отмечать любое стойкое отсутствие эмоциональных реакций, обычно обозначаемое как притупление или уплощение эмоций. У психически здорового человека настроение изменяется в соответствии с основными обсуждаемыми темами; он выглядит грустным, говоря о печальных событиях, проявляет гнев, рассказывая о том, что его рассердило, и т.д. Если настроение не совпадает с ситуацией (например, больной хихикает, описывая смерть своей матери), оно отмечается как неадекватное. Этот симптом часто диагностируют без достаточных оснований, поэтому необходимо записать в истории болезни характерные примеры. Более близкое знакомство с больным может в дальнейшем подсказать другое объяснение его поведению; например, улыбка при разговоре о грустных событиях может оказаться следствием смущения.

Состояние эмоциональной сферы определяется и оценивается в процессе всего обследования. При исследовании сферы мышления, памяти, интеллекта, восприятия фиксируется характер эмоционального фона, волевых реакций больного. Оценивается особенность эмоционального отношения больного к родственникам, сослуживцам, соседям по палате, медицинскому персоналу, собственному состоянию. При этом важно учитывать не только самоотчет больного, но и данные объективного наблюдения за психомоторной активностью, мимикой и пантомимикой, за показателями тонуса и направленности вегетативно-обменных процессов. Следует опросить больного и наблюдавших за ним о продолжительности и качестве сна, аппетита (снижен при депрессии и повышен при мании), физиологических отправлениях (запоры при депрессии). При осмотре обратить внимание на величину зрачков (расширены при депрессии), на влажность кожи и слизистых (сухость при депрессии), измерить артериальное давление и сосчитать пульс (повышение АД и учащение пульса при эмоциональном напряжении), выяснить самооценку больного (переоценка при маниакальном состоянии и самоуничижение при депрессии).

Депрессивные симптомы

Подавленное настроение (гипотимия). Пациенты испытывают чувства печали, уныния, безнадежности, обескураженности, чувствуют себя несчастными; тревога, напряженность или раздражительность также должны оцениваться как дисфорическое настроение. Оценка производится безотносительно длительности настроения.

- Испытывали ли Вы напряженность (тревогу, раздражительность)?
- Как долго это длилось?
- Испытывали ли Вы периоды подавленности, грусти, безнадежности?
- Знакомо ли Вам состояние, когда Вас ничто не радует, когда Вам все безразлично?

Психомоторная заторможенность. Пациент ощущает заторможенность и испытывает затруднения в движениях. Должны быть заметны объективные признаки заторможенности, например, замедленная речь, паузы между словами. Ощущаете ли Вы заторможенность?

Ухудшение когнитивных способностей. Пациенты жалуются на ухудшение способности концентрировать внимание и вообще ухудшение мыслительных способностей. Например, беспомощность при обдумывании, неспособность к принятию решения. Нарушения мышления в большей степени субъективны и отличаются от таких грубых расстройств, как разорванность или бессвязность мышления. Испытываете ли Вы какие-либо проблемы при обдумывании; принятии решений; выполняя арифметические действия в быту; при необходимости сконцентрироваться на чем-то?

Потеря интереса и/или стремления к удовольствиям. Пациенты утрачивают заинтересованность, потребность в получении удовольствия в различных сферах жизни, снижается половое влечение.

- Не замечаете ли Вы изменений в Вашем интересе к окружающему?
- Что обычно доставляет Вам удовольствие?
- Радует ли Вас это сейчас?

Идеи малоценности (самоуничижения), виновности. Больные уничижительно оценивают свою личность и способности, умаляя или отрицая все положительное, говорят о чувстве вины и высказывают необоснованные идеи виновности.

- Нет ли у Вас чувства недовольства собой в последнее время?
- С чем это связано?
- Что в Вашей жизни можно расценить как Ваше личное достижение?
- Не испытываете ли Вы чувства виновности?
- Не могли бы Вы рассказать, в чем Вы себя обвиняете?

Мысли о смерти, суициде. Почти все депрессивные больные часто возвращаются к мыслям о смерти или самоубийстве. Обычны высказывания о желании уйти в забытье, чтобы это случилось внезапно, без участия больного, «заснуть и не проснуться». Характерно обдумывание способов самоубийства. Но иногда больные склонны к конкретным суицидальным действиям.

Большое значение имеет так называемый «антисуицидальный барьер», одно или несколько обстоятельств, удерживающих больного от суицида. Выявление и укрепление этого барьера является одним из немногих способов предотвращения суицида.

- Нет ли ощущения безнадежности, жизненного тупика?
- Не бывало ли у Вас ощущения, что Ваша жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
- Приходят ли в голову мысли о смерти?
- Появлялось ли у Вас желание лишить себя жизни?
- Обдумывали ли Вы конкретные способы самоубийства?
- Что Вас удерживало от этого?
- Были ли попытки сделать это?
- Могли бы Вы рассказать об этом подробнее?

Снижение аппетита и / или веса. Депрессия, как правило, сопровождается изменением, чаще снижением, аппетита и массы тела. Повышение аппетита встречается при некоторых атипичных депрессиях, в частности, при сезонном аффективном расстройстве (зимней депрессии).

- Изменился ли Ваш аппетит?
- Не похудели / пополнели ли Вы в последнее время?

Бессонница или повышенная сонливость. Среди нарушений ночного сна принято выделять бессонницу периода засыпания, бессонницу середины ночи (частые пробуждения, поверхностный сон) и преждевременные пробуждения с 2 до 5 часов.

Нарушения засыпания более характерны для бессонницы невротического генеза, ранние преждевременные пробуждения чаще встречаются при эндогенных депрессиях с отчетливым тоскливым и / или тревожным компонентами.

- Есть ли у Вас проблемы со сном?
- Легко ли Вы засыпаете?
- Если нет, что мешает Вам заснуть?
- Бывают ли беспричинные пробуждения среди ночи?
- Беспокоят ли Вас тяжелые сновидения?
- Не бывает ли преждевременных предутренних пробуждений? (Вам удается снова заснуть?)
- В каком настроении Вы просыпаетесь?

Суточные колебания настроения. Уточнение ритмических особенностей настроения больных представляет собой важный дифференциальный признак эндо- и экзогенности депрессии. Наиболее типичным эндогенным ритмом является постепенное уменьшение тоски либо тревоги, особенно выраженной в утренние часы в течение дня.

- Какое время суток является наиболее тяжелым для Вас?
- Вы чувствуете себя тяжелее утром или вечером?

Снижение эмоционального реагирования проявляется бедностью мимики, диапазона чувств, монотонностью голоса. Основанием для оценки являются двигательные проявления и эмоциональный ответ, регистрируемые в ходе расспроса. Следует учитывать, что оценка некоторых симптомов может быть искажена приемом психотропных средств.

- Однообразное выражение лица

- Мимическая экспрессия может быть неполной.
- Выражение лица пациента не меняется либо мимический ответ меньше ожидаемого в соответствии с эмоциональным содержанием беседы.
- Мимика застывшая, безучастная, реакция на обращение вялая.
- Уменьшение спонтанности движений
- Пациент выглядит очень скованным во время беседы.
- Движения замедлены.
- Больной сидит неподвижно в течение всей беседы.
- Недостаточная жестикуляция или ее отсутствие
- Больной обнаруживает некоторое уменьшение выразительности жестов.
- Больной не использует для выражения своих идей и чувств движения руками, наклоны вперед при сообщении чего-то доверительного и т.д.

Отсутствие эмоционального ответа

- Недостаточность эмоционального резонанса может быть проверена улыбкой или шуткой, которая обычно вызывает ответную улыбку или смех.
- Больной может пропускать некоторые из таких стимулов.
- Больной не реагирует на шутку, как бы его ни провоцировали.

Монотонность голоса

- Во время беседы больной обнаруживает легкое снижение голосовой модуляции.
- В речи пациента слова мало выделяются высотой или силой тона.
- Больной не меняет тембр или громкость голоса при обсуждении сугубо личных тем, способных вызвать возмущение. Речь больного постоянно монотонна.

Анергия. Этот симптом включает чувство потери энергии, быструю утомляемость или чувство беспричинной усталости. Расспрашивая об этих нарушениях, следует их сравнивать с обычным уровнем активности пациента:

- Не испытываете ли Вы большей, чем обычно, усталости, выполняя обычные дела?
- Приходится ли чувствовать физическое и/или душевное истощение?

Тревожные расстройства

Панические расстройства. К ним относятся неожиданные и беспричинные приступы тревоги. Такие соматовегетативные симптомы тревоги, как тахикардия, одышка, потливость, тошнота или дискомфорт в области живота, боль или неприятное ощущение в груди, могут быть более выражены, чем психические проявления: деперсонализация (дереализация), страх смерти, парестезии.

- Приходилось ли Вам испытывать внезапные приступы паники или страха, при которых Вам было очень тяжело физически?
- Как долго они продолжались?
- Какие неприятные ощущения их сопровождали?
- Не сопровождались ли эти приступы страхом смерти?

Маниакальные состояния

Маниакальные симптомы. Повышенное настроение. Состояние больных характеризуется чрезмерной веселостью, оптимистичностью, иногда раздражительностью, не связанной с алкогольной или иной интоксикацией. Пациенты редко расценивают повышенное настроение как проявление болезни. В то же время диагностика актуального маниакального состояния не вызывает особых трудностей, поэтому расспрашивать приходится чаще о перенесенных в прошлом маниакальных эпизодах.

- Приходилось ли Вам ощущать особую приподнятость настроения в какой-то период Вашей жизни?
- Существенно ли он отличался от Вашей нормы поведения?
- Были ли у Ваших родственников, друзей основания думать, что Ваше состояние выходит за рамки просто хорошего настроения?
- Испытывали ли Вы раздражительность?
- Как долго это состояние длилось?

Гиперактивность. Пациенты обнаруживают повышенную активность в работе, семейных делах, сексуальной сфере, в построении планов и проектов.

- Верно ли, что Вы (были тогда) активны и заняты больше, чем обычно?
- Как насчет работы, общения с друзьями?
- Насколько Вы увлечены сейчас Вашим хобби или другими интересами?
- Можете (могли) ли Вы сидеть спокойно или Вам хочется (хотелось) все время двигаться?

Ускорение мышления / скачка идей. Больные могут испытывать отчетливое ускорение мыслей, заметить, что мысли опережают речь.

- Замечаете ли Вы легкость возникновения мыслей, ассоциаций?
- Можно сказать, что Ваша голова полна идей?

Повышенная самооценка. Оценка достоинств, связей, влияния на людей и события, силы и знаний отчетливо повышена по сравнению с обычным уровнем.

- Чувствуете ли Вы большую уверенность в себе, чем обычно?
- Есть ли у Вас какие-то особые планы?
- Ощущаете ли Вы в себе какие-то особые способности или новые возможности?
- Не кажется ли Вам, что Вы особая личность?

Снижение продолжительности сна. При оценке нужно учитывать средний показатель за несколько последних суток.

- Вам требуется меньше часов для сна, чтобы чувствовать себя отдохнувшим, чем обычно?
- Сколько часов на сон Вам хватает обычно и сколько теперь?

Сверхотвлекаемость. Внимание пациента очень легко переключается на незначимые или не относящиеся к теме разговора внешние раздражители. Замечаете ли Вы, что окружающее отвлекает Вас от основной темы разговора?

Практическое занятие 14

Тест-контроль

1. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме:

1) устойчивость;
2) разноплановость;
3) переключаемость;
4) концентрация.

2. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:

1) Шульте;
2) Векслер;
3) Бурдон;
4) Бине.

3. Основателем отечественной школы патопсихологии является:

1) Лебединский;
2) Лазурский;
3) Ананьев;
4) Зейгарник.

4. Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме:

1) «классификации»;
2) «исключения предметов»;
3) методики Выготского-Сахарова;
4) «10 слов».

5. Память может характеризоваться всеми указанными видами, кроме:

1) оперативной;
2) познавательной;

3) кратковременной;
4) отсроченной.

6. Расстроство узнавания частей собственного тела называется:

1) Соматоагнозией
2) Дисморфоманией
3) Симптомом Фреголи
4) Симптомом Капгра

7. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:

1) Конфабуляцией
2) Реминисценцией
3) Псевдореминисценцией
4) Гипомнезией

8. Расстройство памяти, характеризующееся нарушением запечатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

1) Антероградной амнезией
2) Ретроградной амнезией
3) Фиксационной амнезией
4) Антероретроградной амнезией

9. Расстройство восприятия, возникающее без наличия реального объекта, сопровождающееся убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует, называется:

1) Макропсией
2) Эйдетизмом
3) Галлюцинацией
4) Иллюзией

10. Снижение способности ощущать различные виды раздражителей, называется:

1) Синестезией
2) Гипоэстезией
3) Гиперстезией
4) Парестезией

11. Основными критериями дифференциации истинных и ложных галлюцинаций являются_____

12. Расстройство мышления при котором отмечается стереотипное повторение отдельных слов или слогов, называется:

1) Разорванностью
2) Разноплановостью
3) Вербигерацией
4) Шперрунгом

13. Суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции с отсутствием критического отношения к ним, называются:

1) Навязчивыми идеями
2) Бредовыми идеями
3) Сверхценными идеями
4) «скачкой идей»

14. Проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия, называется:

1) Каталепсией
2) Негативизмом
3) Стереотипией
4) Импульсивными действиями

15..*Концеппция о 3-х блоках мозга разработана:*

А) П.Брока;
Б) А.Лурией;
В) И.Павловым;

16. Моторный центр речи в левой нижнелобной области головного мозга открыт:.

А) П.Брока;
Б) А.Лурией;
В) И.Павловым;

17. Афазия, вызванная поражением трети первой височной извилины левого полушария, называется:

А)сенсорной;
Б)аномической;
В)моторной.

18. При травме волокнистых структур коры головного мозга в местах соединения зон Вернике и Брока:

А)частично воспринимается чужая речь;
Б) исчезает способность правильно повторять вслух образцы речи;
В) наблюдается «словесная окрошка».

19. При угнетении правого полушария головного мозга:

А) число активной лексики резко увеличивается;
Б) в ассоциациях появляются абстрактные существительные;
Г) резко сокращается число активной лексики.

20. При угнетении левого полушария головного мозга:

А) утрачивается способность к различению фонем;
Б) резко сокращается число активной лексики ;
В) преобладает клишированность.

21.Отметьте составляющие памяти:

А) долговременная;
Б) заблаговременная;
В) оперативная;
Г) кратковременная.

22.Агнозии *развиваются вследствие поражений коры головного мозга и__.*

23.Словесная глухота *вызывается травмой области, которая связывает зону Вернике со слуховым проходом. При этом виде афазии остаются сохранным_____*

24.Галлюцинации *могут быть_____, когда слышатся лишь звуки, шум, стук.*

25._____расстройство *мышления, при котором утрачивается способность к абстрагированию.*

26.Укажите соответствие:

1) Нарушение восприятий;	А) Агнозии;
2) Нарушение памяти;	Б) Навязчивые идеи;
3) Нарушение мышления ;	В) Амнезия .

27.Укажите соответствие:

1.Процесс лучшего запоминания незавершенных действий;	А) эхомнензия, «эффект сурка»;
2.Нарушения чувства знакомости;	Б) эффект Зейгарник;
3.Серйное воспроизведение одного и того же Воспоминания.	В) Дежа вю.

28. Укажите соответствие:

1. Повторение больным отдельных слов ,	А)Негативизм;

которые произносятся в его присутствии;

2.частое, ритмичное повторение одних и тех же действий; Б) Эхолалия;

3.проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления В) Стереотипии.

29.Перечислите виды афазий при локальных поражениях головного мозга. _____

30.Расстройство памяти- _____

31.Галлюцинации- _____

32.Иллюзии- _____

33.Бред-

34. К количественным нарушениям памяти относят:

А)амнезии;
Б)алекситимии;
В)афазии;
Г)гипермнезии.

35.К качественным нарушениям памяти относят:

А) парамнезии;
Б) криптомнезии;
В) афазии;
Г) гипермнезии.

Темы рефератов

1.Влияние общепсихологических теорий на развитие патопсихологии.
2. Патопсихологические аспекты проблемы соотношения гениальности и психической болезни.
3. Вклад Л.С. Выготского в становление патопсихологического подхода в изучении олигофрении. Методика Выготского-Сахарова.
4. Место и роль патопсихологических исследований в системе мультидисциплинарного изучения природы болезни.

Тема 6.
Психология лечебного взаимодействия. Психология больного

Практическое занятие 15

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики типов отношения к болезни. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)

Техника исследования и раскодирование результатов. Больному вручаются брошюра с текстом опросника и регистрационный лист. Разъясняется, что на каждую тему можно сделать от 1 до 3 выборов (не более!) и номера сделанных выборов обвести кружком. Если ни одно из определений не подходит, об водится символ О. Когда больной не хочет отвечать именно на данную тему, графа остается незаполненной. Однако число нулей и незаполненных граф в сумме не должно превышать трех. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Но консультироваться с другими не разрешается. Раскодирование удобно осуществлять с помощью

графика (см. ниже), где по абсциссе обозначены символы типов (они в скобках даны в приведенном описании типов), а по ординате отложены крестиками баллы в пользу каждого из типов:

10													
9													
8												X	
7												X	
6												X	
5												X	
4	X											X	
3	X						X	X				X	
2	X	X	X			X	X	X				X	
1	X	X	X			X	X	X				X	
	Г	**Т**	**И**	**М**	**А**	**Н**	**О**	**С**	**Я**	**Ф**	**З**	**Р**	**П**

Пример графика раскодирования результатов обследования с помощью ЛОБИ

Каждый буквенный символ в графе «Баллы для раскодирования» соответствует 1 баллу в пользу соответствующего типа: Г–гармоничного, Т–тревожного и т. д. Два и более символа за один выбор, например ТН, ЗФ, означают, что по одному баллу начисляется на каждый из этих типов. Сдвоенные символы, например ПП, РР, обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла. После построения графика диагностика типа осуществляется в соответствии со следующими правилами-

1 Диагностироваться могут только типы, в отношении которых набрано такое чисто баллов, которое достигает или превышает минимальное диагностическое число для данного типа Минимальные диагностические числа для разных типов неодинаковы:

Тип отношения	*Г*	*Т*	*И*	*М*	*А*	*Н*	*0*	*С*	*Я*	*Ф*	*З*	*Р*	*П*
Минимальное Диагностическое число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3

2 Если минимальное диагностическое чисто достигнуто или превышено в отношении нескольких типов, диагностируется 2– 3 типа, где превышение наиболее велико Если же этого еде дать не удается, то никакой тип не диагностируется

3 Гармоничный тип диагностируется только, если согласно правилам 1 и 2 не диагностируется никакой другой тип. В сочетаниях гармоничный тип не диагностируется

На приведенном графике в пользу эргопатического типа (Р) набрано 8 баллов, т е минимальное диагностическое число превышено на 2 балла В пользу сенситивного типа набрано 3 балла, т е минимальное диагностическое число только достигнуто В отношении всех других типов (Т, О, И, Н) минимальное диагностическое число не достигнуто Таким образом, диагностируется смешанный тип–эргопатический с чертами сенситивности.

Текст ЛОБИ и код для оценки результатов

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
	Самочувствие	
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	3

3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	–
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–

Настроение

1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	–
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	–
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–

Сон и пробуждение ото сна

1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	–
2	Утро для меня – самое тяжелое время суток	–
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	–
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения	
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	–
9	Я не могу спокойно спать если утром надо встать в определенный час	–
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую потное безразличие ко всему	
14	Я могу свободно регулировать свой сон	
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	
0	Ни одно из определении ко мне не подходит	–

Аппетит и отношение к еде

1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	

5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует прежде всего как средство под держать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к болезни	
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю что моя болезнь запущена из за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к лечению	
1	Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	–
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	—
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	–
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	–
5	Я ищу новые способы лечения но, к сожалению во всех них постепенно разочаровываюсь	–
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	–
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	–
13	Мне надоело бесконечное лечение хочу только чтобы меня оставили в покое	–
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР

	Отношение к врачам и медперсоналу	
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которою большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всею по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	–
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают меня не приязнь	–
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	–
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к родным и близким	
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	–
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	–
4	Меня одолевают мысли, что из за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	-
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	–
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	–
11	Я считаю, что заболел из за моих родных	
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–

Отношение к работе (учебе)

1	Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	А
2	Я боюсь, что из за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	
3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно без различной	–
4	Из за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	–
5	Все время беспокоюсь, что из за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью	
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	0
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф

9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) по меньше бы знали и говорили о моей болезни	Р
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым	
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	–
13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	–
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к окружающим	
1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	–
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	—
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	–
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	
5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	ЗЗ
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть	—
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из за моей болезни	
9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих	–
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	–
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	–
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	
14	Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к одиночеству	
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	
3	В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	–
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	
5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	-
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	-
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	–
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	Ф
	Отношение к будущему	
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА
2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ

3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	–
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	ЗЗ
5	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	ГТ
6	Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	
7	Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	А
8	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее	ИСЯЯ
9	Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	П
10	Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей	–
11	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–

Часть2.
Тема1.
Реакции личности на психическую травму

Практическое занятие 1

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики механизмов психологической защиты. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

Опросник Плутчика – Келлермана – Конте (индекс жизненных стилей).

Цель методики: определение преобладающих типов защитных механизмов личности.

Данный опросник позволяет исследовать уровень напряженности 8 основных психологических защит (замещение, регрессия, вытеснение, отрицание, проекция, компенсация, гиперкомпенсация, рационализация), изучить иерархию системы психологической защиты и оценить общую напряженность всех измеряемых защит (ОНЗ), т.е. среднего арифметического из всех измерений 8 защитных механизмов.

Опросник включает 92 утверждения, предполагающих один из двух вариантов ответа – «да» или «нет». Инструкция: «Внимательно прочитайте приведенные ниже высказывания, описывающие чувства, поведение и реакции людей в определенных жизненных ситуациях, и если они соответствуют Вашему поведению и состоянию, отметьте в бланке для ответов знаком “+”.

Последующим шагом является обработка с помощью ключей. С помощью ключей, относящихся к каждой из психологических защит, определяется напряженность защиты, которая равна

всех утверждений, относящихся к шкале. Тогда ОНЗ в целом равна $\sum n$ / 92 x 100 %, где $\sum n$ – сумма всех положительных ответов по опроснику. С помощью данной методики можно подсчитать наиболее высокий индекс напряженности каждой из защит у респондентов однородной группы, определить наличие или отсутствие корреляции между напряженностью отдельных защит и ОНЗ, а также сравнить данные показатели с показателями другой независимой группы.

Защитные механизмы в поведении человека

Название	***Проявления в поведении***
Менее развитые	
избегание	Отказ от деятельности на том основании, что отсутствуют необходимые способности
отрицание	Непререкаемый оптимизм, уверенность в отсутствии реальной угрозы или препятствия
регрессия	Появление более ранних, детских моделей поведения в ответ на стрессовую ситуацию
идентификация	Моделирование собственного поведения по образцу другого, более авторитетного человека
идеализация	Приписывание человеку или событию выдуманных безусловно хороших (или безусловно плохих) свойств
Более развитые	
изоляция аффекта	Сильные чувства определяются от вызвавших их стрессовых ситуаций
расщепление (диссоциация)	Выделение в собственной психике признаков второй личности, которой и приписываются отрицательные мысли и поступки
вытеснение (репрессия)	Неосознанное «добывание» неприятных фактов и нереализованных потребностей, замещение их достижимыми целями
конверсия	Вариант вытеснения, при котором чувство тревоги и неудовлетворенности преобразуется в соматические, неврологические или психические расстройства по механизму самовнушения
обесценивание	Отрицание наличия каких-либо потребностей вообще, пессимизм, бездеятельность
рационализация	Вариант обесценивания, при котором логические рассуждения применяются для того, чтобы объяснить отсутствие потребности как таковой (часто наблюдается у людей с развитым логическим, рациональным мышлением)
замещение (фиксация тревоги)	Уменьшение чувства тревоги и неудовлетворенности, которое связывается с определенными ситуациями. В дальнейшем появляется ложное ощущение, что избегая неприятных ситуаций, можно предотвратить возникновение тревоги
Гиперкомпенсация (реактивное обучение)	Принятие чувств или совершение поступков, противоположных тем, что были вытеснены, с целью еще большего их подавления
Проекция(концептуализация)	Неприемлемые импульсы приписываются другим людям
интеллектуализация	Замещение нежелательного импульса сложными логическими построениями, сопоставлениями
Развитые	
сублимация	Удовлетворение неприемлемой потребности в форме, которая поощряется обществом и приносит человеку удовольствие; осуществленная цель нравственно выше первоначальной, нереализованной
подавление	Активное перенесение конфликта в область подсознания: чувства сдерживаются, но не теряют силы
постоянные защиты («броня характера»)	Юмор, альтруизм, фантазии, ирония, «постоянная» улыбка, высокомерие, дерзость, аутизм.

Бланк для ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46

47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69

70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92

Ключ:

№п/п	Названия шкал	Номера утверждений	n
1	Вытеснение	6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92	10
2	Регрессия	2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84	17
3	Замещение	8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89	10
4	Отрицание	1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90	11
5	Проекция	12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88	12
6	Компенсация	3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85	10
7	Гиперкомпенсация	17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86	10
8	Рационализация	4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91	12

Практическое занятие 2

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики копинг-стратегий поведения личности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

Копинг - тест Лазаруса.

Данная методика позволяет получить информацию о разных моделях копинг – поведения. Методика состоит из 50 вопросов, каждый, из которого начинается с утверждения « Оказавшись в трудной ситуации, я …» и предложенных вариантов ответа.

Каждый вопрос, который относится к одному из 8 субшкал, соответствует определенным копинг поведениям:

- *конфронтационный копинг.* Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску
- *дистанцирование.* Когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость
- *самоконтроль.* Усилия по регулированию своих чувств и действий
- *поиск социальной поддержки*. Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки
- *принятие ответственности.* Признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения
- *бегство-избегание.* Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы
- *планирование решения проблемы.* Произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме

- *положительная переоценка*. Усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Включает также религиозное измерение.

Внимательно прочитав каждый вопрос (утверждение), выберите вариант ответа, который наиболее соответствует вашему поведению.

Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа:

а) никогда
б) редко
в) иногда
г) часто

Текст опросника

ОКАЗАВШИСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я ……

1 …сосредотачивался на том, что мне нужно делать дальше – на следующем шаге
2 … начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное делать хоть что-нибудь
3 … пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение
4 … говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации
5 … критиковал и укорял себя
6 … пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть
7 … надеялся на чудо
8 … смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет
9 … вел себя, как будто ничего не произошло
10 …старался не показывать своих чувств
11 …пытался увидеть в ситуации что-то положительное
12 …спал больше обычного
13 …срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы
14 …искал сочувствия и понимания у кого-нибудь
15 …во мне возникала потребность выразить себя творчески
16 …пытался забыть все это
17 …обращался за помощью к специалистам
18 …менялся или рос как личность в положительную сторону
19 …извинялся или старался все загладить
20 …составлял план действий
21 …старался дать какой-то выход своим чувствам
22 …понимал, что сам вызвал эту проблему
23 …набирался опыта в этой ситуации
24 …говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации
25 …пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами
26 …рисковал напропалую
27 …старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву
28 …находил новую веру во что-то
29 …вновь открывал для себя что-то важное
30 …что-то менял, что все улаживалось
31 …в целом избегал общения с людьми
32 …не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться
33 …спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал
34 …старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела

35 …отказывался воспринимать это слишком серьезно
36 …говорил о том, что я чувствую
37 …стоял на своем и боролся за то, чего хотел
38 …вымещал это на других людях
39 …пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации
40 …знал что надо делать и удваивал свои усилия чтобы все наладить
41 …отказывался верить, что это действительно произошло
42 …я давал обещание что в следующий раз все будет по другому
43 …находил пару других способов решения проблемы
44 …старался чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах
45 …что-то менял в себе
46 … хотел, чтобы это все скорее как-то образовалось или кончилось
47 … представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться
48 … молился
49 … прокручивал в уме, что мне сказать или сделать
50 …думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему

Ключ к копинг-тесту Лазаруса:

№п\п	Название субшкал	Пункты	MAX балл
1	Конфронтационный копинг	2,3,13,21,26,37	18
2	Дистанцирование	8,9,11,16,32,35	18
3	Самоконтроль	6,10,27,34,44,49,50.	21
4	Поиск социальной поддержки	4,14,17,24,33,36	18
5	Принятие ответственности	5,19,22,42	12
6	Бегство-избегание	7,12,25,31,38,41,46,47	24
7	Планирование решения проблемы	1,20,30,39,40,43	18
8	Положительная переоценка	15,18,23,28,29,45,48	21

Практическое занятие 3
Тест-контроль

1. Жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям, называется:
а) стрессом
б) психотравмой
в) стрессом
г) дистрессом
д) эустрессом
2. Количественная оценка патологичности жизненных событий носит название шкалы:
а) Холмса-Рея
б) Кандинского-Клерамбо
в) Мясищева-Карвасарского
г) Пезешкианов
д) Фрейда
3. Посттравматическое стрессовое расстройства связано, в первую очередь, с:
а) стрессом повседневной жизни
б) событиями, выходящими за рамки обыденного жизненного опыта

в) семейно-бытовыми конфликтами
г) событиями, сочетающими психологическое воздействие и черепно-мозговую травму
д) событиями, затрагивающими карьеру человека

4.Стресс-

_____

5.. Условно-патогенные психические травмы связаны, в первую очередь, с:
а) системой «условной приятности»
б) симуляцией
в) системой отношений личности
г) нравственными приоритетами личности
д) свойствами темперамента и характера
6.Психотравма-_____

Тема2.
Невротические расстройства

Практическое занятие 4

Тест-контроль

I. Выделяются все нижеследующие научные платформы, оценивающие этиопатогенез невротических расстройств за исключением:
а) антипсихиатрическая
б) нейрофизиологическая
в) психологическая
г) социально-психологическая
д) астрологическая
2. Невротические расстройства-
это_____

3.Что соответствует:

1.Диагностике невротических расстройств;	А) Пуэрильный синдром ;
2. Поведению человека вслед за острой психотравмой, характеризующегося детскостью;	Б) Триада К.Ясперса;
3. структуре неврастенического синдрома;	В) Обсессии.

4.Укажите соответствие:

1.Термин «Комплекс неполноценности»;	А) В.Мясищев;
2.Патогенетическая модель психотерапии;	Б) В.Куллен;
3.Термин «Неврозы».	В) А.Адлер.

5. К типам невротических конфликтов относят:
а) исторический;
б) истерический;
в) обсессивно-психоастенический ;
г) неврастенический.
6. Наиболее важной характеристикой жизненного события, способного вызвать невротические расстройства является его:
а) тяжесть

б) выраженность
в) длительность
г) глубина
д) значимость

7. Невротический конфликт, который характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих, обозначается:
а) истерическим
б) обсессивно-психастеническим
в) неврастеническим
г) психопатическим
д) ипохондрическим
8. ***Антиципационная концепция неврозогенеза отмечает принципиальную значимость***:
а) совпадения по времени психической травмы и возрастного криза
б) попадания психотрамы в «точку наименьшего сопротивления»
в) катастрофичности психических травм
г) длительности действия психических травм
д) неспрогнозированности психических травм
9.Наибольшую роль в появлении и формировании невротических расстройств играют свойства:
а) высшей нервной деятельности
б) темперамента
в) характера
г) личности
д) все ответы верны
10. ***Расстройства, возникающие вследствие складывающейся психогенно-актуальной для большого число людей социально-экономической и политической ситуацией, обозначаются:***
а) социально-стрессовыми психическими расстройствами
б) макросоциальными стрессовыми расстройствами
в) посттравматическим стрессовым расстройством
г) невротическими расстройствами
д) личностными девиациями

Практическое занятие 5
Тест-контроль

1. К вариантам кризиса идентичности относятся все нижеследующие за исключением:
а) магического
б) мистического
в) аномического
г) негативистического
д) диссоциального
2. Расстройства, характеризующиеся частичной или полной утратой нормальной интеграции между памятью на прошлое, нарушением осознания идентичности и непосредственных ощущений, а также нарушениями контролирования движений собственного тела называются:
а) истерическими
б) гистрионическими
в) нарциссическими
г) психосоматическими
д) конверсионными (диссоциативными).

3. Диссоциативный ступор характеризуется:
а) состоянием психомоторного возбуждения
б) состоянием обездвиженности
в) чередованием состояний обездвиженности и возбуждения
г) состоянием громкого плача
д) состоянием благодушия
4. Поведение человека вслед за острой психотравмой, характеризующееся детскостью, встречается при:
а) синдроме Мюнхаузена
б) синдроме Ганзера
в) синдроме Алисы в стране чудес
г) пуэрильном синдроме
д) ювенильном синдроме
5. К.Ясперс описал принципиальную за диагностики невротических расстройств:
а) триаду
б) тетраду
в) альтернативу
г) дилемму
д) теорему
6. Обсессии входят в структуру:
а) истерического синдрома
б) неврастенического синдрома
в) ипохондрического синдрома
г) ананкастического синдрома
д) депрессивного синдрома
7. Агорафобия — это
а) навязчивый страх замкнутых помещений
б) навязчивый страх гор
в) навязчивый страх высоты
г) навязчивый страх открытых пространств
д) навязчивый страх движущихся предметов
8. Выделяются все нижеперечисленные этапы формирования невротических расстройств за исключением:
а) когнитивный
б) аффективно-мотивационный
в) антиципационный
г) психокоррекционный
д) поведенческий
9. У больных с невротическими расстройствами, как правило, встречается:
а) нормовариантный тип вероятностного прогнозирования
б) поливариантный тип вероятностного прогнозирования
в) моновариантный тип вероятностного прогнозирования
г) мультивариантный тип вероятностного прогнозирования
д) торпидный тип вероятностного прогнозирования
10. Нежелание больных в период неразрешенного конфликта предпринимать каких бы то ни было действий, ведущих к его прояснению или исчезновению симптоматики, а также использовать методы психологической компенсации, обозначается:
а) дефицитарной психокоррекцией
б) лимитированной психокоррекцией
в) симулятивной психокоррекцией
г) аддиктивной психокоррекцией
д) аттитюдной психокоррекцией

Тема 3.
Психосоматические расстройства

Практическое занятие 6

Задание. Выполнить ниже приведенные тестовые методики для диагностики типа поведенческой активности. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

Методика «Тип поведенческой активности» — ТПА

Инструкция. Вам будет предъявлен ряд вопросов или утверждений, касающихся особенностей жизни, активности в делах и общении или поведения в эмоционально-напряженных ситуациях, внимательно прочитайте каждый вопрос (утверждение) и выберите в качестве ответа тот из вариантов, который в наибольшей степени соответствует вашим поведенческим характеристикам, и обведите кругом соответствующий порядковый номер (проставьте номер в соответствующей графе бланка для ответа).

Долго не раздумывайте, старайтесь отвечать искренне и быстро. Помните, правильных или неправильных ответов здесь не существует.

1. Бывает ли Вам трудно выбрать время, чтобы сходить в парикмахерскую:
1) никогда;
2) иногда ;
3) почти всегда.
2. У Вас такая работа, которая взбадривает (понукает, будоражит):
1) меньше, чем работа большинства людей;
2) примерно такая же, как работа большинства людей;
3) больше, чем работа большинства людей.
3. Ваша повседневная жизнь в основном заполнена:
1) делами, требующими решения;
2) обыденными делами;
3) делами, которые вам скучны.
4. Одни люди живут спокойной, размеренной жизнью, жизнь других часто переполнена неожиданностями, непредвиденными обстоятельствами и осложнениями. Как часто Вам приходится сталкиваться с такими событиями:
1) несколько раз в день;
2) примерно раз в день;
3) несколько раз в неделю;
4) раз в неделю;
5) раз в месяц или реже.
5. В случае, если Вас что-то сильно гнетет, давит, или люди слишком многого требуют от Вас, то Вы:
1) теряете аппетит и/или меньше едите;
2) едите чаще и/или больше обычного;
3) не замечаете никаких существенных изменений в аппетите.
6. В случае, если Вас что-то гнетет, давит или у Вас есть неотложные заботы, то Вы:
1) немедленно принимаете соответствующие меры;
2) тщательно обдумываете, прежде чем начать действовать.
7. Как быстро Вы обычно едите:
1) обычно кончаю есть раньше других;

2) ем немного быстрее других;
3) с такой же скоростью, как и большинство людей;
4) ем медленнее, чем большинство людей.
8. Ваши родные или друзья когда-либо говорили, что Вы едите чересчур быстро:
1) да, часто;
2) да, раз или два;
3) нет, мне никто никогда этого не говорил.
9. Как часто Вы делаете несколько дел одновременно, например, едите и работаете:
1) делаю несколько дел одновременно всякий раз, когда это возможно;
2) делаю это только тогда, когда не хватает времени;
3) делаю это редко или никогда не делаю.
10. Когда Вы слушаете кого-либо, и этот человек слишком долго не может закончить мысль, Вы чувствуете желание поторопить его:
1) часто;
2) иногда;
3) почти никогда.
11. Как часто Вы действительно заканчиваете мысль медленно говорящего, чтобы ускорить разговор:
1) часто;
2) иногда;
3) почти никогда.
12. Как часто Ваши близкие или друзья замечают, что Вы невнимательны, если Вам говорят о чем-либо слишком подробно:
1) раз в неделю или чаще;
2) несколько раз в месяц;
3) почти никогда;
4) никогда.
13. Если Вы говорите своим близким или друзьям, что приедете в определенное время, то как часто Вы опаздываете:
1) иногда;
2} редко;
3) почти никогда;
4) никогда не опаздываю.
14. Бывает ли, что Вы торопитесь к месту встречи, хотя времени еще вполне достаточно:
1) часто;
2) иногда;
3) редко или никогда.
15. Предположим, что Вам надо с кем-то встретиться в условленное время, например, на улице, в вестибюле метро и т. п., и этот человек опаздывает уже на 10 мин, то Вы:
1) спокойно подождете;
2) будете прохаживаться в ожидании;
3) обычно у Вас есть с собой книга или газета, чтобы было чем заняться в ожидании.
16. Если Вам приходится стоять в очереди, например, в столовой, в магазине, то Вы:
1) спокойно ждете своей очереди;
2) испытываете нетерпение, но не показываете этого;
3) чувствуете такое нетерпение, что это замечают окружающие;
4) решительно отказываетесь стоять в очереди и пытаетесь найти способ избежать потери времени.
17. Если Вы играете в игру, в которой есть элемент соревнования (например, шахматы, домино, волейбол), то Вы:
1) напрягаете все силы для победы;
2) стараетесь выиграть, но не слишком усердно;
3) играете скорее для удовольствия, чем серьезно.

18. Представьте, что Вы и Ваши друзья (или сотрудники) начинаете новую работу. Что Вы думаете о соревновании в этой работе:
1) предпочитаю избегать этого;
2) принимаю потому, что это неизбежно;
3) получаю удовольствие, так как это меня подбадривает и стимулирует.
19. Когда Вы были моложе, большинство людей считало, что Вы:
1) часто стараетесь и по-настоящему хотите быть во всем первым и лучшим;
2) иногда стараетесь и Вам нравится быть во всем первым и лучшим;
3) обычно Вам хорошо так, как есть (обычно Вы расслаблены);
4) Вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.
20. Чем, по Вашему мнению, Вы отличаетесь в настоящее время:
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим;
2) иногда стараетесь и Вам нравится во всем быть первым и лучшим;
3) обычно Вам хорошо так, как есть (обычно Вы расслаблены);
4) Вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.
21. По мнению родных или друзей Вы:
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим;
2) иногда стараетесь и Вам нравится быть во всем первым и лучшим;
3) обычно Вам хорошо так, как есть (обычно Вы расслаблены);
4) Вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.
22. Как оценивают Ваши родные или друзья Вашу общую активность:
1) недостаточная активность, медлительность, надо быть активнее;
2) около среднего, всегда есть какое-то занятие;
3) сверхактивность, бьющая через край энергия.
23. Согласились бы знающие Вас люди, что Вы относитесь к своей работе слишком серьезно:
1) да, абсолютно;
2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет.
24. Согласились бы хорошо знающие Вас люди, что Вы менее энергичны, чем большинство людей:
1) да, абсолютно;
2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет.
25. Согласились бы хорошо знающие Вас люди с тем, что за короткое время Вы способны выполнить большой объем работы:
1) абсолютно, да;
2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет.
26. Согласились бы хорошо знающие Вас люди, что Вы легко сердитесь (раздражаетесь):
1) да, абсолютно;
2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет.
27. Согласились бы хорошо знающие Вас люди, что Вы живете мирной и спокойной жизнью:
1) да, абсолютно;
2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет.
28. Согласились бы хорошо знающие Вас люди, что Вы большинство дел делаете в спешке:
1) да, абсолютно;

2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет;
29. Согласились бы хорошо знающие Вас люди, что Вас радуют соревнования (состязания) и Вы очень стараетесь выиграть:
1) да, абсолютно;
2) возможно, да;
3) возможно, нет;
4) абсолютно, нет.
30. Какой характер был у Вас, когда Вы были моложе:
1) вспыльчивый и с трудом поддающийся контролю;
2) вспыльчивый, но поддающийся контролю;
3) вполне уравновешенный (не было проблем);
4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя).
31. Каким Вы представляете свой характер сегодня:
1) вспыльчивым, с трудом поддающимся контролю;
2) вспыльчивым, но поддающимся контролю;
3) вполне уравновешенным;
4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя).
32. Когда Вы погружены в работу и кто-либо (не начальник) прерывает Вас, что Вы обычно чувствуете при этом:
1) чувствую себя вполне хорошо, так как после неожиданного перерыва работается лучше;
2) чувствую легкую досаду;
3) чувствую раздражение, потому что это мешает делу.
33. Если повторяющиеся прерывания в работе действительно Вас разозлили, то Вы:
1) ответите резко;
2) ответите в спокойной форме;
3) попытаетесь что-то сделать, чтобы это предотвратить;
4) попытаетесь найти более спокойное место для работы, если это возможно.
34. Как часто Вы выполняете работу, которую должны закончить к определенному сроку:
1) ежедневно или чаще;
2) еженедельно;
3) ежемесячно или реже.
35. Работа, которую Вы должны закончить к определенному сроку, как правило:
1) не вызывает напряжения, потому что она привычна, однообразна;
2) вызывает сильное напряжение, так как срыв срока может повлиять на работу группы людей.
36. Вы сами себе определяете сроки выполнения работы на службе и дома:
1) нет;
2) да, но только изредка;
3) да, весьма часто.
37. Качество работы, которую Вы выполняете, к концу назначенного срока бывает:
1) лучше;
2) обычное;
3) хуже.
38. Бывает ли, что на работе Вы одновременно выполняете два или несколько заданий, делая то одно, то другое:
1) нет, никогда;
2) да, но не так часто;
3) да, постоянно.
39. Были бы Вы удовлетворены возможностью оставаться на нынешней работе в последующие годы:
1) да;
2) нет, мне хотелось бы добиться большего;

3) конечно нет, я делаю все для того, чтобы меня повысили, иначе я буду очень расстроен.
40. Если бы Вы могли выбирать, то что бы предпочли:
1) прибавку к заработной плате без продвижения в должности;
2) продвижение в должности без существенного повышения зарплаты.
41. К концу отпуска Вы:
1) хотите продлить его еще на недельку-другую;
2) чувствуете, что готовы вернуться к обычной работе;
3) хотите, чтобы отпуск кончился, и можно было вернуться к обычной работе.
42. Бывало ли так, что за последние три года Вы брали меньше дней отпуска, чем положено:
1) да;
2) нет;
3) на моей работе это невозможно.
43. Бывает ли, что во время отпуска Вы не можете перестать думать о работе:
1) да, часто;
2) да, иногда;
3) нет, никогда.
44. В последние три года Вы получали какие-либо поощрения на работе:
1) нет, никогда;
2) иногда;
3) да, часто.
45. Как часто Вы приносите работу домой или изучаете дома материалы, связанные с работой:
1) редко или никогда;
2) раз в неделю или реже;
3) почти постоянно.
46. Как часто Вы остаетесь на работе после окончания рабочего дня или приходите на работу в неурочное время:
1) на моей работе это невозможно;
2) весьма редко;
3) иногда (реже, чем раз в неделю).
47. Вы обычно остаетесь дома, если у Вас озноб или повышенная температура тела:
1) да;
2) нет.
48. Если Вы чувствуете, что начинаете уставать от работы, то:
1) некоторое время работаете менее активно, пока силы не вернутся к Вам;
2) продолжаете работать так же активно, несмотря на усталость.
49. Когда Вы работаете в коллективе, то сотрудники ожидают, что Вы будете руководить:
1) редко;
2) не чаще, чем от других;
3) чаще, чем от других.
50. Вы записываете для памяти распорядок дня (что нужно сделать):
1) никогда;
2) иногда;
3) часто.
51. Если кто-то поступает в отношении Вас нечестно, Вы:
1) прямо указываете ему на это;
2) находитесь в нерешительности и поступаете в зависимости от обстоятельств;
3) ничего не говорите об этом.
52. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, Вы прилагаете:
1) гораздо больше усилий;
2) несколько больше усилий;
3) примерно столько же усилий;
4) немного меньше усилий;
5) гораздо меньше усилий.

53. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, Вы чувствуете:
1) значительно большую ответственность;
2) несколько большую ответственность;
3) примерно такую же ответственность;
4) несколько меньшую ответственность;
5) значительно меньшую ответственность.
54. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, Вы чувствуете необходимость торопиться:
1) гораздо больше;
2) несколько больше;
3) столько же;
4) несколько меньше;
5) гораздо меньше.
55. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, Вы:
1) значительно более аккуратны;
2) несколько более аккуратны;
3) примерно в такой же степени аккуратны;
4) несколько менее аккуратны;
5) значительно менее аккуратны.
56. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, Ваше отношение к ней:
1) гораздо более серьезное;
2) несколько более серьезное;
3) мало отличается от других;
4) несколько менее серьезное;
5) значительно менее серьезное.
57. По сравнению с работой, которую Вы выполняли 10 лет назад, сейчас Вы работаете в течение недели:
1) больше часов;
2) примерно столько же;
3) меньше, чем раньше.
58. По сравнению с работой, которую Вы выполняли 10 лет тому назад, нынешняя работа требует:
1) меньшей ответственности;
2) столько же ответственности;
3) большей ответственности;
59. По сравнению с работой, которую Вы выполняли 10 лет тому назад, нынешняя работа пользуется:
1) большим престижем;
2) таким же престижем;
3) меньшим престижем.
60. Сколько разных работ Вы сменили за последние 10 лет (учтите, пожалуйста, любые изменения в характере или месте работы):
1) изменений не было или были однажды;
2) две;
3) три;
4) четыре.
5) пять и больше
61. За последние 10 лет Вы ограничили число своих развлечений,, из-за недостатка времени:
1) да
2) нет

Ключи и диагностические правила

Оценка в баллах выбираемых (предпочитаемых) вопросов или утверждений (в порядке их нумерации). При подсчете баллов учитываются следующие диагностические критерии.

Баллы

1. 13, 7, 1	32. 13, 7, 1
2. 13, 7, 1	33. 1, 5, 9, 13
3. 1, 17, 13	34. 1, 7, 13
4. 1, 4, 7, 10, 13	35. 13, 1
5. 1, 7, 13	36. 13, 7, 1
6. 1, 13	37. 1, 7, 13
7. 13, 9, 5, 1	38. 13, 7, 1
8. 1, 7, 13	39. 13, 7, 1
9. 1, 7, 13	40. 13, 1
10. 1, 7, 13	41. 13, 7, 1
11. 1, 7, 13	42. 1, 7, 13
12. 1, 5, 9, 13	43. 1, 7, 13
13. 13, 9, 5, 13	44. 13, 7, 1
14. 1, 7, 13	45. 13, 7, 1
15. 13, 7, 1	46. 13, 9, 5, 1
16. 13, 9, 5, 1	47. 13, 1
17. 1, 7, 13	48. 13, 1
18. 13, 7, 1	49. 13, 7, 1
19. 1, 5, 9, 13	50. 13, 7, 1
20. 1, 5, 9, 13	51. 1, 7, 13
21. 1, 5, 9, 13	52. 1, 4, 7, 10, 13
22. 13, 7, 1	53. 1, 4, 7, 10, 13
23. 1, 5, 9, 13	54. 1, 4, 7, 10, 13
24. 13, 5, 9, 1	55. 1, 4, 7, 10, 13
25. 1, 5, 9, 13	56. 1, 4, 7, 10, 13
26. 1, 5, 9, 13	57. 1, 7, 13
27. 13, 9, 5, 1	58. 13, 7, 1
28. 1, 5, 9, 13	59. 1, 7, 13
29. 1, 5, 9, 13	60. 13, 10, 7, 4, 1
30. 11, 5, 9, 13	61. 1, 13
31. 11, 5, 9, 13	

Если количество баллов не превышает 167, то с высокой вероятностью диагностируется выраженный тип поведенческой активности личности — тип А;

168—335 баллов — диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа А (условно — А1);

336—459 баллов — диагностируется промежуточный (переходный) тип личностной активности — тип АБ;

460—626 баллов — диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа Б (условно — Б1);

627 баллов и выше — диагностируется с высокой вероятностью выраженный поведенческий тип личностной активности — тип Б.

Интерпретация результатов исследования

Для испытуемых с выраженной поведенческой активностью (тип А) характерны следующие особенности. Преувеличенная потребность в деятельности — сверхвовлеченность в работу, инициативность, неумение отвлечься от работы, расслабиться; нехватка времени для отдыха и развлечений, нередко работа в выходные дни и в отпуске. Постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, высокая мотивация достижения, упорство и сверхактивность в достижении цели нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, нежелание отказаться от достижения цели, несмотря на поражение. Неумение и нежелание

выполнять каждодневную обстоятельную и однообразную работу. Неспособность к длительной и устойчивой концентрации внимания, нетерпеливость, острое чувство нехватки времени, стремление делать все быстро: ходить, есть, говорить, принимать решения. Энергичная, эмоционально выразительная речь, подкрепляемая жестами и мимикой и сопровождающаяся нередко напряжением мышц лица и шеи; нетерпеливость в диалогах, импульсивность, эмоциональная несдержанность в спорах, неумение до конца выслушать собеседника. Соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов; в случаях неуспеха нередко причина видится во внешних обстоятельствах или соперниках; стремление к доминированию в коллективе или компаниях, легкая фрустрируемость внешними обстоятельствами и жизненными трудностями. В случаях формального лидерства (начальник) стремление постоянно контролировать своих сотрудников, а нередко и выполнять работу кого-либо (делают медленно). В условиях дефицита информации при необходимости принятия быстрого решения возрастает реактивная тревожность, возможна потеря контроля за ситуацией, что может приводить к эмоциональной нестабильности, понижению устойчивости к стрессу и снижению поведенческого контроля в целом.

Для лиц, у которых диагностируется тенденция к поведенческой активности типа А1, характерны: повышенная деловая активность, напористость, увлеченность работой, целеустремленность. Нехватка времени для отдыха компенсируется, в известной мере, расчетливостью и умением выбрать главное направление деятельности, быстрым принятием решения. Энергичная, выразительная речь и мимика. Эмоционально насыщенная жизнь, честолюбие, стремление к успеху и лидерству, неполная удовлетворенность достигнутым, постоянное желание улучшить результаты проделанной работы, чувствительность к похвале и критике; неустойчивость настроения и поведения в стрессо-насыщенных ситуациях. Стремление к соревновательности, однако без амбициозности и агрессивности; при обстоятельствах, препятствующих выполнению намеченных планов, легко возникает тревога, снижается уровень контроля личности, но преодолевается волевым усилием.

Для лиц, у которых диагностируется промежуточный (переходный тип поведенческой активности — АБ), характерна активная и целенаправленная деловитость, разносторонность интересов, умение сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом; моторика и речевая экспрессия умеренно выражены. Лица типа АБ не выявляют явной склонности к доминированию, но в определенных ситуациях и обстоятельствах уверенно берут на себя роль лидера; для них характерна эмоциональная стабильность и предсказуемость в поведении, относительная устойчивость к действию стрессогенных факторов, хорошая приспособляемость к различным видам деятельности.

Для лиц, у которых диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа Б1, характерны: рациональность и неторопливость в делах и общении, сочетание интенсивной работы с отдыхом, расслаблением; естественная смена видов деятельности, когда этого требуют обстоятельства; долгое, подчас, обдумывание планов сочетается с тщательным и ответственным их выполнением. Внешняя сдержанность в движениях и речи сочетается с выдержкой и невозмутимостью при неудачах, общении с неприятным или неудобным собеседником; устойчивость к действию фрустрирующих ситуаций и обстоятельств, внутренняя эмоциональная стабильность и сдержанность в проявлении аффектов и чувств к другим людям.

Для лиц, у которых с высокой вероятностью диагностируется выраженный поведенческий тип Б, характерны: отчетливая неторопливость, взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности, преданность избранному делу, отсутствие стремления к смене работы. Скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств, в том числе при общении с близкими и друзьями; обстоятельность и обязательность, надежность и предсказуемость в поведении, подчеркнутое дружелюбие и расположенность к окружающим. Излишне долгое обдумывание планов деятельности, сочетающееся с весьма неторопливом и сверхтщательным исполнением даже незначительных фрагментов, нередко раздражающие окружающих; отсутствие стремления к соревновательности и соперничеству, неумение и нежелание спорить, но в то же время твердость в отстаивании своей точки зрения. Отсутствие внешних проявлений

неуверенности в своих силах и возможностях. Неумение, а подчас и нежелание быстро менять стереотипы деятельности вызывают трудности и в приспособлении к ситуациям, требующим быстрого принятия ответственного решения или смены работы. Относительная устойчивость к фрустрирующим и стрессогенным ситуациям и обстоятельствам, однако при длительном действии этих факторов склонны к депрессивным реакциям, уходам в себя, потерей интереса к работе и общению.

Практическое занятие 7

Задание. Выполнить ниже приведенную тестовую методику для диагностики способности к вербализации эмоциональных состояний. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

Торонтская Алекситимическая Шкала

Под алекситимией понимают сниженную способность к вербализации эмоциональных состояний. Алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии, воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение. Уровень алекситимии измеряется при помощи специального опросника — Торонтской Алекситимической Шкалы, адаптированной в Институте им. В. М. Бехтерева.

Инструкция испытуемому. Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен, 2) скорее не согласен, 3) ни то, ни другое, 4) скорее согласен, 5) совершенно согласен.

Определение уровня алекситимии

Утверждения	*Совершенно не согласен*	*Скорее не согласен*	*Ни то, ни другое*	*Скорее согласен*	*Совершенно согласен*
1. Когда я плачу, всегда знаю почему					
2. Мечты — это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					

11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, возникающие в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

Обработка и интерпретация данных. Подсчет баллов осуществляется таким образом:

1) ответ «совершенно не согласен» — оценивается в 1 балл, «скорее согласен» — 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

2) отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов, 2 — 4, 3 — 3, 4 — 2, 5 — 1);

3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности».

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили средние значения показателя алекситимии у нескольких групп испытуемых: контрольная группа здоровых людей — 59,3 ± 1,3, группа больных с психосоматическими расстройствами (J45, I10, K25, K26) - 72,09 ± 0,82, группа больных неврозами (F40-F48) — 70,1 ± 1,3.

Практическое занятие 8

Тест-контроль

1. В классической психосоматике выделяют три группы расстройств, кроме:
1) конверсионных расстройств;
2) «органных неврозов»;
3) психосоматических заболеваний в узком смысле слова;
4) вегетозов.

2. Представителем антропологического направления в психосоматике является:
1) Поллок;
2) Стоквис;
3) Витковер;
4) Вайзеккер.

3. Термин «психосоматика» в медицину ввел:
1) Гиппократ;
2) Райх;
3) Хайнрот;
4) Гроддек.

4. Создателем кортико-висцеральной патологии, как одного из направлений психосоматики, является:
1) Павлов;
2) Анохин;
3) Быков;
4) Симонов.

5. Современная биопсихосоциальная модель болезни разработана:
1) Карасу;
2) Экскюлем;
3) Энгелем;
4) Любаном-Плоцца.

6. Автором концепции «профиля личности» в психосоматической медицине является:
1) Александер;
2) Витковер;
3) Данбар;
4) Поллак;

7. Поведенческий тип А «является фактором риска»:
1) желудочно-кишечных заболеваний;
2) злокачественных новообразований;
3) нарушений дыхательной системы;
4) сердечно-сосудистых заболеваний.

8. Конверсионные расстройства, положившие начало психоаналитическому направлению в психосоматике, были описаны:
1) Александером;
2) Джеллиффе;
3) Фрейдом;
4) Адлером.

9. Термин «алекситимия» ввел:
1) Эллис;
2) Карасу;
3) Сифнеос;
4) Розенман.

10. Концепцию «органных неврозов» разработал:
1) Витковер;

2) Энгель;
3) Френч;
4) Дойч.

11. Психосоматические заболевания формируются, как правило, вследствие:

а) острых психических травм
б) хронических психических травм
в) неожиданных психических травм
г) внутриличностного конфликта
д) межличностного конфликта

12. К классическим психосоматическим заболеваниям, входящим в т.н. «святую семерку» причисляют все нижеследующие за исключением:

а) инфаркта миокарда
б) сахарного диабета
в) ревматоидного артрита
г) язвенного колита
д) бронхиальной астмы

13. Основным, внутриличностным конфликтом при гипертонической болезни является конфликт:

а) между потребностями властвовать и подчиняться
б) между агрессивными импульсами и чувством зависимости
в) между потребностями в опеке и самостоятельности
г) между потребностями владеть и отдавать
д) между любовью и враждебностью по отношению к родителям

14. Коронарный тип личности А предрасполагает к:

а) эссенциальной гипертонии
б) язвенной болезни
в) сахарному диабету
г) инсульту
д) инфаркту миокарда

15. Тип личности В не предрасполагает к:

а) эссенциальной гипертонии
б) язвенной болезни
в) сахарному диабету
г) инсульту
д) инфаркту миокарда

16. Такие качества, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе входят в структуру:

а) типа личности А
б) типа личности В
в) типа личности С
г) типа личности D
д) всех перечисленных типов личности

17. Боль, возникающая в половых органах женщины только при коитальном контакте и затрудняющая или исключающая их, называется:

а) фригидностью
б) вагинизмом
в) диспареунией
г) аноргазмией
д) фантомной болью

18. Агрипнический синдром — это

а) невротическое расстройство, провоцирующееся инфекционными заболеваниями
б) невротическое расстройство в виде патологической сонливости
в) невротическое расстройство в виде бессонницы
г) невротическое заикание
д) невротические тики

19. Бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры, склонность к тахикардии, тахипноэ, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца встречается при:

а) гипервентиляционном синдроме
б) симпатикотонической форме вегетососудистой дистонии
в) вагоинсулярной форме вегетососудистой дистонии
г) аэрофагии
д) диарее

Тема 4.
Психология девиантного поведения

Практическое занятие 9

Задание. Выполнить тестовую методику В.Д.Менделевича для диагностики склонности к отклоняющемуся поведению. Обработать результаты, провести качественный анализ (дать психологическую интерпретацию).

ТЕСТ «СКЛОННОСТЬ К ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ»

Инструкция: пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений. Давайте только один ответ на каждое утверждение:
1 – совершенно не согласен (совсем не так);
2 – скорее не согласен (скорее не так);
3 – ни то, ни другое (и так, и не так);
4 – скорее согласен (скорее так);
5 – совершенно согласен (именно так).

1. Я склонен разочаровываться в людях.
2. Верить в приметы глупо.
3. Часто бывает, что я обижаюсь на родителей или друзей.
4. Нередко я опаздываю на учебу (работу) или на встречу из-за непредвиденных случайностей в пути.
5. Окружающие часто удивляют меня своим поведением.
6. Мои родители часто пытаются обращаться со мной как с маленьким ребенком.
7. Я люблю планировать свое время до мелочей и с точностью до минуты.
8. Мне кажется, что я чувствую происходящее вокруг меня более остро, чем другие.
9. Родители сами виноваты в том, что их дети начинают принимать наркотики («колоться»).
10. Для меня не существует абсолютных авторитетов.
11. В детстве был период, когда я страстно любил что-либо подсчитывать (количество окон, ступеней, номера машин).
12. Если бы родители или другие взрослые больше бы говорили с детьми о вреде наркотиков, то мало кто становился бы наркоманом.
13. Мне легче перенести скандал, чем однообразную размеренную жизнь.
14. Я верю в порчу и сглаз.
15. Прежде, чем что-либо предпринять, я стараюсь предусмотреть все опасности, которые могут подстерегать меня.
16. Если я чем-то увлеченно занят то часто даже не замечаю, что происходит вокруг меня.
17. Я живу и поступаю в соответствии с поговоркой: «Надейся на лучшее, но готовься к худшему».
18. Меня нелегко убедить в чем бы то ни было.
19. Меня нередко обманывали (обманывают).
20. Неизвестность для меня очень мучительна и тягостна.
21. Меня раздражает, когда на улице, в магазине или в транспорте на меня пристально смотрят.
22. Жизнь мало интересна, когда в ней нет опасностей.

23. Я не уважаю тех, кто отрывается от коллектива.
24. Некоторые люди одним прикосновением могут исцелить больного человека.
25. Жизнь должна быть радостной, иначе незачем жить.
26. Я хорошо ориентируюсь во времени и, не глядя на часы, могу точно сказать «который сейчас час».
27. Если я захочу что-нибудь сделать, но окружающие считают, что этого делатьне стоит, то я готов отказаться от своих намерений.
28. В детстве я часто отказывался оставаться один.
29. Мне нередко бывает скучно, когда нечем себя занять.
30. В жизни надо попробовать все.
31. Я легко могу заснуть в любое удобное время (и ночью, и днем).
32. После того, как я схожу в лес за грибами, у меня долгое время перед глазами могут сохраняться воспоминания о грибах.
33. Я люблю помечтать о том, на что я потрачу возможный будущий выигрыш в лотерее, как поступлю с обещанным подарком.
34. Часто думаю: «Хорошо бы стать ребенком».
35. Мне часто трудно находить правильные слова для моих чувств.
36. Для меня не сложно дать знакомому денег взаймы на покупку спиртного.
37. Я склонен жить, стараясь не отягощать себя раздумьями о том, что может произойти со мной в будущем.
38. Я люблю, когда мне гадают на картах или по руке.
39. Мне хорошо удается копировать мимику и жесты других людей.
40. Когда меня будят ночью или рано утро, то я долго не могу понять, что происходит вокруг.
41. Музыку я люблю громкую, а не тихую.
42. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение.
43. Человек должен стараться понимать свои сны, руководствоваться ими в жизни и извлекать из них предостережения.
44. Меня трудно застать врасплох.
45. Все известные мне «чудеса» объясняются очень просто – обман и фокусы.
46. Меня считают наивным человеком, поскольку мне часто случается попадать впросак.
47. Наркотики бывают «легкими», и они не вызывают наркомании.
48. Я иногда чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставлял меня совершать какие-либо поступки.
49. Мои знакомые считают меня романтиком.
50. Я верю в чудеса.
51. Даже психически здоровый человек иногда не может отвечать за свои поступки.
52. Меня часто озадачивает поведение и поступки людей, которых я давно знаю.
53. Никому нельзя доверять – это правильная позиция.
54. Самое счастливое время жизни – это молодость.
55. В детстве я боялся, что мама может меня бросить, уйти из дома и не вернуться.
56. Я склонен лучше помнить реально происшедшие со мной неприятные события, чем собственные прогнозы по поводу возможности их появления.
57. Я люблю советоваться с друзьями, как поступить в сложной ситуации.
58. Я бы согласился пожить пусть мало, но бурно.
59. Я бы смог на спор ввести себе в вену наркотик (героин).
60. Часто меня не оценивали по заслугам.
61. Я всегда точно могу сказать, сколько денег я потратил и сколько у меня осталось.
62. В детстве я долго не мог привыкнуть к детскому саду (яслям) и не хотел туда из-за этого ходить.
63. Своим друзьям и подругам я доверяю полностью и убежден, что они меня никогда не обманут и не предадут.
64. Опасность употребления наркотиков явно преувеличена.
65. В жизни все-таки мало ярких событий.

66. Я не люблю длительные поездки в поезде или на автобусе.
67. Меня раздражает грязное, потому что весь мир тогда кажется грязным и серым.
68. Когда мне скучно, я обычно ложусь спать.
69. Часто родители (или взрослые) упрекают меня в том, что я слушаю излишне громкую музыку.
70. Очень мучительно что-либо ждать.
71. Я бы мог после некоторых предварительных объяснений управлять маленьким (спортивным) самолетом.
72. Я нередко просыпаюсь утром за несколько секунд или минут до звонка будильника.
73. Если бы случился пожар и мне надо было бы из окна пятого этажа прыгнуть на тент, развернутый пожарниками, я бы, не задумываясь, сделал это.
74. Мне жалко наивных людей.
75. Меня смущает, когда люди долго и пристально смотрят мне в глаза.
76. Рисковать всем, например, в казино, могут только сильные люди.
77. В том, что подросток становится наркоманом, виноваты те, кто продает наркотики.
78. Я люблю очень быструю, а не медленную езду.
79. Я доверяю предсказаниям гороскопов и следую содержащимся в них рекомендациям.
80. Меня очень интересую лотереи.
81. прогнозировать будущее – бесполезное дело, т.к. многое от тебя не зависит.
82. Я способен с легкостью описывать свои чувства.
83. У меня в жизни бывали случаи, когда я что-то делал, а потом не помнил, что именно.
84. Считаю, что любопытство – не порок.
85. Бывают, что меня пугают люди с громким голосом.
86. У меня было (есть) много увлечений (интересов, хобби).
87. Когда я остаюсь дома, то мне часто бывает не по себе от одиночества.
88. Я – не суеверен.
89. Мне говорили, что у меня не плохие способности имитировать голоса или повадки людей.
90. Есть люди, которым я верю безоговорочно.
91. Случается, что во время разговоров с заикающимися, я сам начинаю говорить сбивчиво и с запинками.
92. Самое тягостное в жизни – это одиночество.
93. Если я начинаю играть в какую-нибудь игру, то меня нередко нелегко оторвать от нее.
94. Бывает, что я могу сделать назло даже то, что мне самому кажется невыгодным.
95. Меня всегда притягивала и притягивает таинственность, загадочность, мистика.
96. Бывало, что я на улице соглашался на игру с «наперсточниками».
97. Я знаю многих ребят, кто употребляет или употреблял наркотики.
98. Я, как правило ставлю будильник так, чтобы не только все успеть сделать до ухода из дома, но и иметь несколько минут в запасе.
99. В своей жизни я часто сталкиваюсь (сталкивался) с невообразимым стечением неблагоприятных обстоятельств.
100. Я готов полностью подчиниться и даже доверить свою судьбу, но только тому, кого действительно уважаю.
101. Я люблю рисковать.
102. Среди моих знакомых есть люди, которые обладают даром убеждать.
103. Меня часто невозможно оторвать от интересного дела, игры, занятия.
104. Я бы мог прыгнуть с парашютом.
105. Мне все равно, что обо мне думают окружающие.
106. Меня многое в жизни удивляет.
107. Я могу переспорить кого угодно.
108. Я вошел бы вместе с укротителем в клетку со львами, если бы он мне сказал, что это безопасно.
109. Если меня о чем-то просят, мне трудно отказать.

110. Мне легче придумать свои собственные примеры, чем выучить примеры из учебника.
111. Мне никогда не бывает скучно.
112. Часто я сам от себя не ожидаю какого-либо поступка.
113. В детстве у меня какое-то время были тики или разнообразные повторяющиеся движения.
114. Я люблю помечтать.
115. Меня влечет все новое и необычное.
116. Со мной нередко происходят «несчастные случаи» и случаются всяческие происшествия.

Обработка и интерпретация

Обработка: прямые вопросы (баллы подсчитываются в соответствии с отмеченными испытуемым – «5» - 5; «4» - 4; «3» - 3; «2» - 2; «1» - 1), обратные вопросы (баллы подсчитываются наоборот - «5» - 1; «4» - 2; «3» - 3; «2» - 4; «1» - 5). Обработке подвергаются лишь те ответы на вопросы отмеченные в таблице1. Ответы на иные вопросы не обрабатываются. Для оценки склонности к зависимому поведению баллы ответов на прямые и обратные вопросы суммируются по каждой шкале отдельно. Для оценки склонности к наркозависимости суммируются балла, полученные за ответы на следующие вопросы (первый и второй столбцы) алкогольной зависимости (третий и четвертый столбцы).

Склонность к наркозависимости		**Склонность к алкогольной зависимости**	
№ прямых вопросов	**№ обратных вопросов**	**№ прямых вопросов**	**№ обратных вопросов**
1	2	3	21
3	12	5	29
4	29	14	38
16	30	15	41
19	41	16	44
24	45	17	64
26	53	19	65
48	61	20	67
50	65	24	75
52	67	26	77
54	69	30	81
59	72	43	
76	77	48	
79	78	76	
80	81	79	
89	86	84	
91	112	91	
96	114	95	
97		97	
100		100	
107		107	
110		112	
116		113	
		116	

Интерпретация:

	Признаки тенденции	Признаки повышенной склонности	Признаки высокой вероятности
Наркозависимость	≥98 баллов	≥107 баллов	≥116 баллов
Алкогольная зависимость	≥99 баллов	≥105 баллов	≥111 баллов

Максимальные баллы: по наркозависимости – 205; по алкогольной зависимости – 175.

Практическое занятие 10

Тест-контроль

*1.**Девиантное поведение**- система поступков, или отдельные поступки,_____и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, уклонении нравственного и эстетического контроля над собственным поведением.*

*2.**Что соответствует**:*

1.Феномену «жажды острых ощущений» ; А)Выравнивание настроения;
2.Антиподу аддиктивной личности; Б) Деликвентное поведение;
3. Атарактической мотивации; В) Гармоничный человек.

3.Укажите соответствие:

1. Алекитимия; А) патологическое влечение к воровству;
2. Канцерофобия; Б) неспособность описать свое эмоц. Состояние;
3. Клептомания; В) навязчивый страх заболеть раком.

4.Реактивные состояния, которые проявляются преимущественно нарушением поведения и ведут к социально-психологической дезадаптации, называются:

1) патохарактерологические реакции;
2) характерологические реакции;
3) адаптивные реакции;
4) невротические реакции.

5. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе правовых норм, обозначаются как:

1) саморазрушающее поведение;
2) делинквентное поведение;
3) криминальное поведение;
4) аддиктивное поведение.

6. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе морально-этических норм, обозначаются как:

1) делинквентное поведение;
2) криминальное поведение;
3) компульсивное поведение;
4) саморазрушающее поведение.

7.Укажите соответствие:

1. Анорексия; А) патологическое желание постоянно часто и много есть;
2. Булимия; Б) отсутствие аппетита, подавление желание есть;
3. Пиромания; В)патологическое непреодолимое влечение к поджогам.

8.Гемблинг – это

_____

9.Непатологические нарушения поведения, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями, называются:

1) адаптивные реакции;
2) характерологические реакции;
3) патохарактерологические реакции;
4) невротические реакции.

10. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью расстройств, препятствующие полноценной социальной адаптации субъекта, это:

1) патохарактерологические реакции;
2) психопатии;
3) психогенные патологические формирования личности;
4) акцентуация характера.

11. Становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов, это:

1) психопатия;
2) патохарактерологическая реакция;
3) психогенное патологическое формирование личности;
4) акцентуация характера.

12. Форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных видах деятельности, это:

1) компульсивное поведение;
2) аддиктивное поведение;
3) делинквентное поведение;
4) саморазрушающее поведение.

Тема 5.
Суицидальное поведение детей и подростков

Практическое занятие 11-13

Задание. Провести психологическую диагностику суицидального риска у детей и подростков, предварительно ознакомившись с методическими рекомендациями и используя представленные методики. Оформить полученные результаты в письменном виде.

Методические рекомендации

Диагностика суицидального риска является определяющим моментом в психологической профилактике подросткового суицида и своевременности постановки на учет данной категории лиц. Оценка риска суицидального поведения среди подростков представляет собой комплексную поэтапную психологическую диагностику, направленную на выявление суицидогенных факторов групп суицидального риска.

Задача первого этапа психодиагностики: выявление групп суицидального риска.

К группам суицидального риска относятся подростки, находящиеся в кризисных состояниях. Известно, что одним из суицидогенных факторов является подростковая депрессия. Поэтому одним из надежных инструментов для выявления лиц, склонных к суицидальному риску, служит

методика М. Ковач (см. приложение 1), в качестве дополнительного диагностического инструментария может быть предложена шкала депрессии Зунга (см. приложение 2).

В случае выявления выраженных признаков депрессии необходимо продолжить диагностику на предмет выявления суицидальных намерений (второй этап психодиагностики).

Задача второго этапа психодиагностики: выявление, оценка сформированности суицидальных намерений и вероятность суицидального поведения подростка.

На втором этапе психодиагностики целесообразно использовать опросник суицидального риска (ОСР) (см. приложение 2).

Задача третьего этапа психодиагностики: анализ результатов проведенной психодиагностики. На данном этапе психодиагностики подростков «группы риска» психологу необходимо составить отчет по форме представленной в приложении 3.

Примечание. Диагностика с помощью опросника ОСР проводится только у тех подростков, у кого обнаружены выраженные показатели по тесту М. Ковач и шкалы Зунга.

В случае выраженности показателей по всем диагностическим методикам необходимо рекомендовать родителям обратиться за консультацией к клиническому психологу.

Полученные результаты необходимо представить в форме отчета.

Отчет

Необходимо **написать отдельно** список детей вошедших в «группы риска» по суицидальным намерениям с указанием диагностики, школы, фамилии, имени, класса, планируемые мероприятия (список находится только у психолога и разглашению не подлежит)

Список детей группы риска ОУ (указать школу)

№	ФИ	класс	Информация о семье, отношениях	Мероприятия, проводимые, занятость дополнительным образованием

Форма отчета

Категория	Мероприятие или форма организации	Охват	Сроки	Ответственный	Примечание
I. Учащиеся	1. Диагностика • групповая - общее количество - выявлено детей «группы риска» • индивидуальная				Указать методики
	2. Работа, проводимая с детьми «группы риска»				Указать формы работы (индивид.консультаци, беседы, коррекционно-развивающие

					занятия)
	3. Реализация образовательных программ, направленных на формирование навыков эффективной адаптации в обществе				Название программы В каких классах
	4. Индивидуальное консультирование детей, находящихся в трудной жизненной ситуации				
	5.Другие мероприятия проводимые с учащимися				Указать названия бесед, отдельных занятий, классных часов; В каких классах
II. Родители	1. Консультации • индивидуальные • групповые				
	2. Другие мероприятия, проводимые с родителями				Указать выступления на родительских собраниях

Методики для диагностики суицидального риска у детей и подростков

1. Опросник депрессии у детей. (Maria Kovacs, 1992)

Это самостоятельная шкала из 27 пунктов, которая может предъявляться детям школьного возраста и подростками (от 7 до 17 лет). Надежно различает детей и подростков с психиатрическим диагнозом «большая депрессия» от других психопатологических состояний и здоровых учащихся школы. Чувствителен к динамике депрессивных расстройств с течением времени, дает также показатель глубины депрессии.

Опросник был переведен на многие языки (помимо оригинального английского), в этого может применяться в обследовании детей из различных культур.

В сравнении с другими инструментами, измеряющими депрессию у детей, требует минимальных навыков чтения. Дает количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения.

Ряд пунктов тестирует последствия депрессии, специфичные для детей. (например, для школы)

Каждый пункт содержит 3 варианта, соответственно кодируемых как 0, 1 или 2. показатели прямо пропорциональны глубине депрессии.

Ребенок должен выбрать одно их трех значений по каждому пункту шкалы на основе последних двух недель.
Общий нормальный показатель по CDI может варьировать от 0 до 54, 50 – это критическое значение, после которого глубина симптоматики нарастает.
Интерпретация CDI должна основываться на анализе ответов на отдельные показатели, факторных показателях и их значениях, а также интеграции данных теста с дополнительной информацией – клинической беседы с ребенком и прямым наблюдением за его поведением.
Опросник легко предъявлять и обсчитывать. Его заполнение требует не более 15 минут. Особенно ценен в ситуациях, где требуется быстрая и алгоритмизированная оценка проблем ребенка.

Инструкция по проведению опросника

Попросите учащихся записать свое имя, класс, возраст и принять участие в анкетировании по изучению их мнения
Учащимся предлагается внимательно прочитать убеждения (их 27) и выбрать из 3-х предложенных вариантов одно (**как он себя чувствовал в течение последних двух недель).** Отметить крестиком в бланке ответов (0 или 1или 2)
Убедитесь в том, что дети полностью поняли содержание опросника и инструкцию. Для маленьких детей и для детей с трудностями в течении проведения диагностики необходимо зачитать как инструкцию, так и каждый пункт шкал.

Детям не даётся никаких пояснений по поводу проведения опросника. Если будут спрашивать, то можно сказать, что все старшеклассники принимают участие в анкетировании («интересно знать ваше мнение», «изучают состояние старшеклассников»)

Бланк

Ф.И._____

Класс_____Возраст_____

Текст методики

№	0	1	2	№	0	1	2	№	0	1	2
1А				10А				19Д			
2Е				11А				20Д			
3С				12В				21Д			
4Д				13А				22Д			
5В				14Е				23С			
6А				15С				24С			
7Е				16Д				25Е			
8А				17Д				26В			
9Е				18Д				27В			

1	Я бываю грустным только иногда	0	А
	Я часто бываю грустный	1	
	Мне всегда грустно	2	
2			Е
	У меня никогда ничего не получается	2	
	Я редко бываю уверен, что у меня что-нибудь получится	1	
	У меня все получается хорошо	0	
3			С
	Я практически все делаю хорошо	0	
	Я много делю не так	1	

	Я все делаю неправильно	2	
4			Д
	Многое приносит мне удовольствие	0	
	Кое-что доставляет мне радость	1	
	Меня ничего не радует	2	
5			В
	Я плохой всегда	2	
	Я часто бываю плохим	1	
	Я редко бываю плохим	0	
6			А
	Я редко думаю о том, что со мной может случится плохое	0	
	Я беспокоюсь о том, что со мной может случиться что-то плохое.	1	
	Я уверен, что со мной произойдет что-нибудь ужасное	2	
7			Е
	Я ненавижу себя	2	
	Я не люблю себя	1	
	Я себе нравлюсь	0	
8			А
	Все плохое происходит в результате моих ошибок	2	
	Многое плохое происходит в результате моих ошибок	1	
	Плохое, как правило, происходит не по моей вине	0	
9			Е
	Я не думаю о том, чтобы покончить с собой	0	
	Я думаю о самоубийстве, но я не совершу его	1	
	Я хочу убить себя	2	
10			А
	Я плачу каждый день	2	
	Я часто плачу	1	
	Я часто плачу	1	
	Я плачу редко	0	
11			А
	Я все время испытываю беспокойство	2	
	Я часто испытываю беспокойство	1	
	Я редко испытываю беспокойство	0	
12			В
	Мне нравится быть с людьми	0	
	Мне не нравится быть с людьми	1	
	Мне совсем не хочется быть с людьми	2	
13			А
	Я не могу решиться на многое	2	
	Мне трудно на многое решиться	1	
	Я легко принимаю решения	0	
14			Е
	Я выгляжу хорошо	0	
	Кое-что в моем облике меня не устраивает	1	
	Я выгляжу уродливо	2	
15			С
	Мне все время приходится заставлять себя выполнять	2	

	школьные задания		
	Мне часто приходится себя заставлять выполнять школьные задания	1	
	Выполнение школьных заданий для меня не большая проблема	0	
16			Д
	Я плохо сплю каждую ночь	2	
	Я часто сплю плохо	1	
	Я сплю очень хорошо	0	
17			Д
	Я редко устаю	0	
	Я часто устаю	1	
	Я все время чувствую себя усталым	2	
18			Д
	В большинстве случаев не хочу есть	2	
	Я часто не хочу есть	1	
	Я ем очень хорошо	0	
19			Д
	Меня не беспокоят боли	0	
	Меня часто беспокоят боли	1	
	Меня все время беспокоят боли	2	
20			Д
	Я не чувствую себя одиноким	0	
	Я часто чувствую себя одиноким	1	
	Я всегда чувствую себя одиноким	2	
21			Д
	Школа никогда не приносит мне удовольствие	2	
	Иногда школа мне приносит удовольствие	1	
	Школа часто радует меня	0	
22			Д
	У меня много друзей	0	
	У меня есть друзья, но мне хотелось бы иметь их больше	1	
	У меня нет друзей	2	
23			В
	С моей учебой все в порядке	0	
	Я учусь не так хорошо, как прежде	1	
	Сейчас у меня плохие отметки по тем предметам, которые раньше шли хорошо.	2	
24			С
	Я никогда не стану таким хорошим, как другие ребята	2	
	Если захочу я смогу стать таким хорошим, как другие	1	
	Я такой же хороший как другие ребята	0	
25			Е
	Меня никто по настоящему не любит	2	
	Я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит	1	
	Я уверен в том, что меня любят	0	
26			В
	Обычно я делаю то, что мне сказали	0	
	Как правило, я не делаю того, что мне говорят	1	
	Я никогда не делаю того, что меня просят сделать	2	

27			В
	Я чувствую себя одиноким с людьми	2	
	Я часто радуюсь	1	
	Я все время радуюсь	0	

Обработка и интерпретация результатов

Шкала А (негативное настроение) - п.п. 1 6 8 10 11 13
Шкала В (межличностные проблемы) – п.п. 5 12 26 27
Шкала С (неэффективность) - п.п. 3 15 23 24
Шкала D (ангедония) – п.п. 4 16 17 18 19 20 21 22
Шкала Е (негативная самооценка) – п.п. 2 7 9 14 25

Подсчет общего показателя: Эта сумма баллов , выбранных ребенком вариантов ответов по всем пунктам теста. По каждой шкале теста также подсчитывается балл. Затем с помощью специальной таблицы последующие показатели конвертируются в Т – показатели, для этого нужно знать возраст и пол ребенка (см. таблицу1,2). Таблица 2 представлена в приложении 1.

Суммарный показатель	Интерпретация
Свыше 70	Очень значительно превышает средний
66-70	Значительно выше среднего
61-65	Выше среднего
56-60	Чуть выше среднего
45-55	Средний
40-44	Чуть ниже среднего
35-39	Ниже среднего
30-34	Много ниже среднего
Ниже 30	Значительно ниже среднего

депресс

Школа_____

дата проведения_____ педагог-психолог_____

Класс	Кол-во уч-ся	Шкала А негативное настроение	Шкала В межличностные проблемы	Шкала С неэффективность	Шкала Д андегония (радость жизни)	Шкала Е негативная самооценка	Общий суммарный показатель (свыше 70)
8	Всего						
	м/ж						
9	Всего						
	м/ж						

10	Всего						
	м/ж						
11	Всего						
	м/ж						

2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т. И. Балашовой) (Шкала сниженного настроения - субдепресии (ШСНС))

Описание

Тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева - Т. И. Балашовой. Основан на опроснике В.Зунга (The Zung self-rating depression scale). Шкала Зунга (Цунга) для самооценки депрессии была опубликована в 1965 г. в Великобритании и в последующем получила международное признание (переведена на 30 языков). Она разработана на основе диагностических критериев депрессии и результатов опроса пациентов с этим расстройством. Оценка тяжести депрессии по ней проводится на основе самооценки пациента.

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состоянии и состояний, близких к депрессии (или другими словами измерение степени выраженности сниженного настроения — субдепрессии), для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Внешняя валидность шкалы подтверждена клиническими данными и результатами факторного анализа. Установлена сравнительная валидность с другими шкалами: Шкалой Гамильтона, Бека,

При анализе результатов оценка проводится по семи факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность. Шкала Зунга используется для клинической диагностики депрессии, а также при проведении клинических испытаний антидепрессивных средств. Полное тестирование с обработкой занимает 20-30 мин. Испытуемый отмечает ответы на бланке.

Обработка

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

УД= [(Σпр+Σобр)/80]*100, где

Σпр.— сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям номер 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

Σобр — сумма цифр «обратных», зачеркнутым, к высказываниям номер 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Например:

у высказывания, номер 2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла;

у высказывания номер 5 зачеркнут ответ 2, мы ставим в сумму 3 балла;

у высказывания номер 6 зачеркнут ответ 3 — ставим в сумму 2 балла;

у высказывания номер 11 зачеркнут ответ 4 — ставим в сумму 1 балл и т. д.

	1	2	3	4
Прямое высказывание	1	2	3	4
Обратное высказывание	4	3	2	1

Интерпретация

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.
Нормативные данные, полученные на 200 здоровых испытуемых, указывают, что средняя величина индекса снижения настроения равна 40,25 ± 5,99 балла.
— Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии; лица, не имеющие в момент опыта сниженного настроения.
— Если УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза; незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения.
— При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется как субдепрессивное состояния или маскированная депрессия; значительное снижение настроения.
— При УД более чем 70 баллов диагностируется как истинное депрессивное состояние; глубокое снижение настроения.

Инструкция:

«Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет
Варианты ответа
1 — никогда или изредка
2 — иногда
3 — часто
4 — почти всегда или постоянно»

Бланк для ответов

ФИО_____Дата рождения _____
Дата тестирования_____Примечание_____

№	УТВЕРЖДЕНИЕ	Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
		1	2	3	4
1	Я чувствую подавленность, тоску				
2	Утром я чувствую себя лучше всего.				
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам				
4	У меня плохой ночной сон.				
5	Аппетит у меня не хуже обычного				
6	Мне приятно смотреть на привлекательных людей разговаривать с ними, находиться рядом				
7	Я замечаю, что теряю вес.				
8	Меня беспокоят запоры				
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно.				
10	Я устаю без всяких причин				

11	Я мыслю так же ясно, как всегда.				
12	Мне легко делать то, что я умею				
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.				
14	У меня есть, надежды на будущее				
15	Я более раздражителен, чем обычно				
16	Мне легко принимать решения				
17	Я чувствую, что полезен и необходим.				
18	Я живу достаточно полной жизнью				
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру				
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда				

3.Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «–»

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.

26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу №1). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица №1 (ключ)

Субшкальный диагностическийкоэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2, 3
Максимализм	4, 16	3, 2
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуицидальный фактор	19, 21	3, 2

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. **Демонстративность**. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной регидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.
2. **Аффективность**. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.
3. **Уникальность**. Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.
4. **Несостоятельность**. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».
5. **Социальный пессимизм**. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня».

6. **Слом культурных барьеров**. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».
7. **Максимализм**. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.
8. **Временная перспектива**. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.
9. **Атисуицидальный фактор**. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Бланк ответов

Номер утверждения	+ / –	Номер утверждения	+ / –
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Човдырова Г.С., Клименко Т.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017.— 247 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/81641.html.— ЭБС «IPRbooks»: учебное пособие
2. Астапов, В. М. Клиническая психология. Коморбидность тревоги и подростковой депрессивности : учебное пособие для бакалавриата и специалитета / В. М. Астапов, А. Н. Гасилина. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 178 с. — (Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-07940- 1. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL:https://biblio-online.ru/bcode/424006 (дата обращения: 12.08.2019).: учебное пособие для бакалавриата и специалитета
3. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 312 с. — (Бакалавр и магистр. Академический курс). — ISBN 978-5- 534-03304-5. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://biblio-online.ru/bcode/437534 (дата обращения: 12.08.2019).: учебник и практикум для бакалавриата и магистратурыАзаров, Ю. Как преодолеть суицид [Текст]: / Ю. Азаров // Родительское собрание. 2004. – №2. – С. 31-41.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, В. Петля на тонкой шее [Текст]: / В. Александрова // Российская газета. – 2001. –
2. №11. – С. 41.
3. Бубкин, А. Смертный грех [Текст]: / А. Бубкин // Семья. – 2003. – №18. – С. 6-7.
4. Василец, О. Если ребенок не хочет жить [Текст]: / О. Василец, Я. Обухов // Народное образование. – 1998. – №9. – С. 15-19.
5. Гонохов, И.О. Смертный грех [Текст]: / И.О. Гонохов // Русский дом. – 2002. – №9. – С. 44-45.
6. Давыдова, Э. «Не хочу жить!» [Текст]: / Э. Давыдова // Сельская новь. – 2004. – №9. – С. 30-31.
7. Захарчук, В.А. Суицид [Текст]: / В.А. Захарчук // Классный руководитель. – 1999. – №5. – С. 59- 65.
8. Исаев, Д.Н. Нужна ли подросткам помощь в восприятии смерти? [Текст]: / Д.Н. Исаев, Т.О. Новикова // Вопросы психологии. – 2002. – №3. – С. 110-117.
9. Каримова, Г. Я в этот мир пришел, чтоб видеть солнце [Текст]: / Г. Каримова // Родительское собрание. – 2001. – №10. – С. 4.
10. Киселев, А.Ф. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков [Текст]: / А.Ф. Киселев
11. // ОБЖ. – 2004. – №7. – С. 58-63.
12. Кучкина, О. Портрет явления самоубийства [Текст]: / О. Кучкина // Комсомольская правда. – 2001. – №39. – С. 10-11.
13. Любинецкая, А. Семиклассница нарисовала свою смерть [Текст]: / А. Любинецкая // Комсомольская правда. – 2008. – №13. – С. 16.
14. Михайлина, М.Ю. Психологическая помощь подросткам в кризисных ситуациях: профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги [Текст]: / М.Ю. Михайлина, М.А. Павлова. – Волгоград: Учитель, 2009. – 207 с.
15. Мурзабаева, С. Профилактика суицида среди несовершеннолетних [Текст]: / С.

Мурзабаева, Р. Р. Хидиятуллина // Учитель Башкортостана. – 2002. – №12. – С. 81-82.
16. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов вузов/ Нагаев В.В., Жолковская Л.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017.— 463 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/81520.html.— ЭБС «IPRbooks»
17. Никифорова, Ю. Суицид за компанию [Текст]: / Ю. Никифорова // Аргументы и факты. – 2009. –
18. №13. – С. 3.
19. Петрушин, В.И. Валеология [Текст]: / В.И. Петрушин, И.В. Петрушина. – М.: Гардарики, 2002. – 427 с.
20. Проблема суицида в подростковом возрасте [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – 11.09.2010.
21. Психология. Словарь [Текст]: / Под ред. А.В. Петровского. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
22. Самыгин, П.С. девиантное поведение молодежи [Текст]: / П.С. Самыгин. – Ростов-на-Дону: Феликс, 2006. – 440.
23. Синягин, Н.Ю. Библиотека школы психолога [Текст]: / Н.Ю. Синягин. – М.: Владос, 2005. – 93 с.
24. Скородумов, А. Наложить руки и кое-что еще [Текст]: / А. Скородумов // Спид-инфо. – 2005. –
25. №16. – С. 8.
26. Трегубов, А. Эстетика самоубийства [Текст]: / А. Трегубов, Ю. Ванин. – Пермь: ШК, 2009. – 113 с.
27. Фисин, Ю. В чем причина [Текст]: / Ю. Фисин // Среднее профессиональное образование. Приложение. – 2005. – №4. – С. 44-48.
28. Эйестад Гюру Самооценка у детей и подростков: Книга для родителей [Электронный ресурс]/ Эйестад Гюру— Электрон. текстовые данные.— М.: Альпина Паблишер, 2019.— 295 с.— Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/82478.html.— ЭБС «IPRbooks»: пособие

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Таблица 1.

Таблица перевода суммы баллов в Т - показатели (по шкалам и общий)

Тпоказатель	общий балл				А				В				С				Д				Е				Т показатель
	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	мал	дев	
	7-12	7-12	13-17	13-17	7-12	7-12	13-17	13-17	7-12	7-12	13-17	13-17	7-12	7-12	13-17	13-17	7-12	7-12	13-17	13-17	7-12	7-12	13-17	13-17	
100	48		53	41	12			12		5		6						16						10	100
99	47	44	52			12			8								16								99
98	46	43	51	40																					98
97			50	39				11										15		16					97
96	45	42			11																				96
95	44	41	49	38							8	5				8						10		9	95
94	43	40	48			11	12										15		16		10				94
93			47	37																15					93
92	42	39	46	36				10	7									14							92
91	41	38	45		10																		10		91
90	40			35													14		15			9			90
89		37	44	34		10	11			4	7									14				8	89
88	39	36	43													7		13			9				88
87	38	35	42	33										8					14						87
86	37		41	32				9									13						9		86
85		34	40		9		10		6											13					85
84	36	33		31		9						4						12				8			84
83	35		39														12		13		8			7	83
82		32	38	30							6									12					82
81	34	31	37	29				8						7		6		11					8		81
80	33		36		8		9						8		8				12						80
79	32	30	35	28		8											11					7			79
78		29		27					5	3										11	7				78
77	31	28	34															10							77
76	30		33	26			8												11				7	6	76
75	29	27	32		7			7			5		7	6			10								75
74		26	31	25		7						3			7	5				10					74
73	27		30	24														9	10			6			73
72	28	25																			6				72
71	26	24	29	23			7		4								9			9			6		71
70		23	28	22	6			6					6	5										5	70
69	25		27			6					4				6			8	9						69
68	24	22	26	21																		5			68
67	23	21								2							8			8	5				67
66			25	20			6									4			8						66
65	22	20	24	19														7					5		65
64	21	19	23		5	5		5	3			2	5	4	5		7							4	64
63	20	18	22	18							3									7					63
62			21	17			5												7		4	4			62
61	19	17																6							61
60	18	16	20	16													6			6			4		60
59			19		4	4		4					4			3									59
58	17	15	18	15										3	4			5	6					3	58
57	16	14	17	14			4		2													3			57

| | | |

Приложение 2.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

ФОРМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Освоение тестовых методик определения различных психических функций.
2. Микрокурация клиентов и пациентов с различными психологическими проблемами и заболеваниями.
3. Видеотренинги.
4. Тренинги личностного роста.

1. Определить акцентуацию характера одного из известных вам литературных героев или киногероев.
2. Определить тип темперамента любого известного литературного героя.
3. Пользуясь знанием механизма социализации, найдите обьяснение тем или иным особенностям поведения знакомого подростка.
4. Определите свое положение в системе межличностных отношений в группе. Дайте психологическую оценку своих отношений с коллегами.
5. Найдите и приведите в качестве примеров жизненные наблюдения и факты, подтверждающие теории Джеймса-Ланга, Кеннона-Барда и когнитивные концепции.
6. Проведите простейшие опыты для оценки у себя порогов зрительных, слуховых, обонятельных и других ощущений.
7. Выбрав в качестве испытуемого кого-либо из своих товарищей, проведите на нем исследование при помощи какого-либо простого теста. Обработайте результаты.
8. Придумайте сами методику стандартного опроса или наблюдения, в результате применения которой можно было бы судить о переживаниях и мыслях человека.
9. Обьясните какой-нибудь собственный поступок, пользуясь понятием «личность».
10. Составьте таблицу значимых различий между житейской и научной психологией и форм их взаимосвязи.

Приложение 3

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. Феномен человека: проблема соотношения биологического, социального, духовного в человеке
2. Проблема нормы и патологии в клинической психологии и медицине
3. Психосоматический симптом как феномен культуры
4. Биологические (генетические, соматические) предпосылки психического онтогенеза
5. Взаимоотношения творчества с нарушениями психики
6. Проблемы биоэтики
7. Роль семьи в формировании саногенного и патогенного мышления
8. Саморегуляция эмоциональных состояний
9. Синдром эмоционального выгорания
10. Психология смерти.
11. Психологические особенности больных эпилепсией.
12. Психология беременной.
13. Психологические особенности женщин в период климакса.
14. Психологические особенности при бесплодии.
15. Психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями.
16. Психология старения.
17. Психологические особенности больных с онкологической патологией.
18. Особенности личности больных шизофренией.
19. Психологические особенности инвалидов с детства.
20. Психокоррекция и психотерапия невротических расстройств.
21. Психологическое консультирование и психотерапия лиц, участвовавших в боевых действиях (на примере постравматического срессового расстройства).
22. Психологическое семейное консультирование.
23. Психологическое консультирование “трудных” подростков.
24. Роль психологического консультирования в половом воспитании детей и подростков.
25. Семейно-сексуальные дисгамии.
26. Психологические аспекты лиц с гомосексуальной ориентацией.
27. Аддиктивные формы девиантного поведения.
28. Психологические особенности деятельности мед.сестры в условиях гематологического отделения.
29. Личностные качества врачей и мед.сестер и их оценка больными.
30. Основные источники личностного развития больного в больничном коллективе.

Тест-контрольная

Тест-контрольная служит для проверки усвоения теоретических знаний и умения размышлять с использованием понятий, категорий клинической психологии. Тестовые задания могут содержать один правильный ответ из нескольких предложенных вариантов.

Тест-контроль

Вариант 1

1.Коронарный тип личности «А» предрасполагает к:
А) язвенной болезни
Б) инфаркту миокарда
В) нарушению мозгового кровообращения
Г) бронхиальной астме
2.Современная концепция неврозогенеза включает:
А) нарушение механизмов вероятностного прогнозирования
Б) алекситимию
В) эмпатию
Г) все ответы верны
3.Алекситимия как важный фактор в развитии психосоматических расстройств представляет собой:
А) неспособность личности предвосхитить ход событий, собственное поведение в психотравмирующей ситуации
Б) недостаточная способность к восприятию и пониманию собственных эмоций, их словесному выражению, экспрессивной передаче
В) нарушение межличностного функционирования
Г) нарушение внутриличностного функционирования
4.Психологический профиль пациента, страдающего гипертонической болезнью:
А) эгоцентризм, эмоциональные трудности в общении
Б) стремление к перфекционизму
В) пассивность, трудности самоутверждения
Г) постоянное эмоциональное напряжение вследствие сдерживания и подавления эмоций гнева и беспокойства
5.Психические особенности представителя астенического типа телосложения:
А) замкнутость, холодность, развитие абстрактно-логического мышления
Б) открытость, реалистичность, эмоциональность
В) сдержанность, негибкость мыслительных процессов, целеустремленность разного социального заряда
6.Какой тип характера ближе представителю пикнического типа телосложения:
А) шизоидный
Б) циклоидный
В) эпилептоидный
7.Акцентуации представляют собой:
А) вариант нормы
Б) аномалии (психопатии)
В) нарушение социальной адаптации
8.Для истероидного типа характерно:
А) эгоцентризм, демонстративность поступков

Б) чрезмерная подозрительность, напряженность, убежденность в особом значении собственной личности
В) выраженное чувство собственной недостаточности, крайняя ранимость, впечатлительность, утомляемость, пассивность

9.Психологический профиль пациента, страдающего сахарным диабетом:

А) повышенная аффективность
Б) нарастание апатии по мере течения заболевания
В) нарушение познавательных процессов
Г) все ответы верны

10.Представителю пикнического типа телосложения свойственно:

А) склонность к неврозам, гипотонии, язвенной болезни желудка
Б) склонность к ожирению, диабету, атеросклерозу
В) склонность к болезням опорно-двигательного аппарата

11.Что такое клиническая психология? Из предложенных ответов выберите правильный.

А) изучает закономерности развития человека и определяет пути его развития;
Б) наука о душе человека;
В) изучает психологические особенности человека страдающих различными заболеваниями, способы дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов.

12. Моторный центр речи в левой нижнелобной области головного мозга открыт:.

А) П.Брока;
Б) А.Лурией;
В) И.Павловым;

13. К типам невротических конфликтов относят:

А) исторический;
Б) истерический;
В обсессивно-психоастенический ;
Г) неврастенический.

14. Характер-совокупность, *сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми_____, штампов, эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированных в привычках, манерах.*

15. Галлюцинации *могут быть_____, когда слышатся лишь звуки, шум, стук.*

16.Диагностический принцип, при котором требуется «воздерживаться от преждевременных суждений», обозначается принципом:

1. контекстуальности
2. Курта Шнайдера
3. убедительности
4. эпохе

17. К качественным нарушениям памяти относят:

А) парамнезии;
Б) криптомнезии;
В) афазии;
Г) гипермнезии.

18. Установите соответствие:

1. формулирование клинической задачи;	А) 3 этап клинико-психологического исследования
2. беседа с пациентом;	Б) 4 этап клинико-психологического исследования
3. экспериментально-психологический;	В) 1 этап клинико-психологического исследования
4. составление заключения;	Г) 2 этап клинико-психологического исследования.

19. Невротические расстройства-_____

20. Концеппция о 3-х блоках мозга разработана:

А) П.Брока;

Б) А.Лурией;

В) И.Павловым;

Вариант 2

1. Критерием психического здоровья по ВОЗ являются:

А) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств;

Б) способность быть внимательным, бдительным и педантичным;

В) быть коммуникабельным, иметь широкий круг друзей, быть активным.

2. При травме волокнистых структур коры головного мозга в местах соединения зон Вернике и Брока:

А)частично воспринимается чужая речь;

Б) исчезает способность правильно повторять вслух образцы речи;

В) наблюдается «словесная окрошка».

3. Процесс приспособления организма или личности к изменяющимся требованиям окружающей среды называется?

А) адаптацией;

Б) компенсацией;

В) самоактуализацией;

***4.* Стресс-_____**

5. Укажите основные структрурно-функциональные блоки работы головного мозга:

А) энергетический;

Б) хранения и переработки информации ;

В) программирования ;

Г) активный.

6. Укажите соответствие:

1.Термин «Комплекс неполноценности»;	А) В.Мясищев;
2.Патогенетическая модель психотерапии;	Б) В.Куллен;
3.Термин «Неврозы».	В) А.Адлер

7. *Укажите соответствие:*

1. Алекитимия;	А) патологическое влечение к воровству;
2. Канцерофобия;	Б) неспособность описать свое эмоц. Состояние;
3. Клептомания;	В) навязчивый страх заболеть раком.

8. Бред-_____

9. Афазия, вызванная поражением трети первой височной извилины левого полушария, называется:

А)сенсорной;

Б)аномической;

В)моторной.

10.*_____*расстройство мышления, при котором утрачивается способность к абстрагированию.

11. Предметом клинической психологии является:

А) психические процессы, личностные особенности;

Б) человеческая деятельность;

В) личностные установки;

12 Объектом клинической психологии является:

А) изучение человека с трудностями адаптации и самореализации;

Б) понятие социабельности ;
В) психологическая диагностика .

13. Крайние варианты нормы при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, называются:

А) акцентуацией;
Б) личностным расстройством;
В) невротическим расстройством

14. При угнетении левого полушария головного мозга:

А) утрачивается способность к различению фонем;
Б) резко сокращается число активной лексики ;
В) преобладает клишированность.

15. Отметьте составляющие памяти:

А) долговременная;
Б) заблаговременная;
В) оперативная;
Г) кратковременная.

16. Для убедительности диагностики психопатологических симптомов принципиально важным являются законы:

А) логики;
Б) здравомыслия;
В) рациональности;
Г) биологические.

17. К классическим психосоматическим заболеваниям относятся:

А) инфаркт миокарда;
Б) гипертония;
В) нейродермит;
Г) язва 12 п.к.

18. К параметрам гармоничного характера относится:

А) антиципационная состоятельность;
Б) ригидность;
В) нравственность;

19. К количественным нарушениям памяти относят:

А)амнезии;
Б)алекситимии;
В)афазии;
Г)гипермнезии.

20 К принципам интервьюирования в медицинской психологии относятся:

1) беспристрастность опроса;
2) алгоритмизованность опроса;
3) доступность опроса;
4) конфиденциальность опроса;
конгруэнтность опроса

Вариант 3

1.Норма-это явление_____в виде разделямых группой представлений их социальных ролей. Создающих оптимальные условия бытия с которыми эти нормы взаимодействуют.

2. Кем был предложен термин «биоэтика»?

1) Доссе;
2) Хайдеггером;
3) Юдиным;
4) Поттером.

***3.* Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме:**
1) устойчивость;
2) разноплановость;
3) переключаемость;
4) концентрация.

4. Что соответствует:

1.Феномену «жажды острых ощущений» ; А)Выравнивание настроения;
2.Антиподу аддиктивной личности; Б) Деликвентное поведение;
3. Атарактической мотивации; В) Гармоничный человек.

5. Кому принадлежит термин «клиническая психология»?
1) Кречмеру;
2) Жанэ;
3) Уитмеру;
4) Фрейду.

***6.* Личностное расстройство- _____**

7. Укажите соответствие:

1) Нарушение восприятий; А) Агнозии;

2) Нарушение памяти; Б) Навязчивые идеи;

3) Нарушение мышления ; В) Амнезия

8. Вставьте пропущенное слово: Симптом — это строго фиксированное по форме описание_____, соотнесенного с определенной патологией.

9. Для убедительности диагностики психопатологических симптомов принципиально важными являются законы:
1. физические
2. логические
3. биологические
4. физиологические

10. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:
1) Конфабуляцией
2) Реминисценцией
3) Псевдореминисценцией
4) Гипомнезией

11. Укажите соответствие:

1.Анорексия; А) патологическое желание постоянно часто и много есть;
2.Булимия; Б) отсутствие аппетита, подавление желание есть;
3.Пиромания; В)патологическое непреодолимое влечение к поджогам

12. Вставьте пропущенное слово: Совокупность всех симптомов образует_____, в котором можно выделить ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих_____.

13. Гармоничные черты х*арактера совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих*_____

***14.* Психотравма-_____**

15.Агнозии развиваются *вследствие поражений коры головного мозга и*_____.

16.Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме:
1) «классификации»;
2) «исключения предметов»;
3) методики Выготского-Сахарова;
4) «10 слов».

17. Проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия, называется:
1) Каталепсией
2) Негативизмом
3) Стереотипией
4) Импульсивными действиями

18. При угнетении правого полушария головного мозга:
А) число активной лексики резко увеличивается;
Б) в ассоциациях появляются абстрактные существительные;
Г) резко сокращается число активной лексики.

19. Укажите соответствие:
1.Принцип, требующий воздерживаться от преждевременных суждений;
2. Принцип, суть которого заключается в том, что никто не может быть признанным больным до того, как поставлен диагноз заболевания;
3.Принцип, подразумевающий, что феномен не существует изолировано, а является частью общего восприятия
и понимания человеком окружающего мира и самого себя.

А) Презумпции психической нормальности;
Б) «Эпохе»;
В) Контекстуальности.

20 .Гемблинг-_____

<u>Вариант 4</u>

1. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:
1) анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
2) изучения соотношения развития и распада психики;
3) разработки философско-психологических проблем;
4) установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

2. Феноменологический подход к диагностическому процессу использует принципы:
1. объясняющей психологии
2. понимающей психологии
3. патопсихологии
4. психиатрии

3. Расстройство восприятия, возникающее без наличия реального объекта, сопровождающееся убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует, называется:
1) Макропсией
2) Эйдетизмом
3) Галлюцинацией
4) Иллюзией

4. Девиантное поведение*- система поступков, или отдельные поступки,_____и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, уклонении нравственного и эстетического контроля над собственным поведением.*

5. Укажите соответствие:

1) признаки патологической продукции психической деятельности;	А) негативные симптомы
2) признаки ущерба, изъяна, дефекта психического процесса;	Б) обязательные симптомы

3) признаки, указывающие на происхождение расстройства; В) позитивные симптомы
4) признаки, отражающие тяжесть, выраженность расстройства; Г) факультативные симптомы
5) признаки, связанные с модифицирующим влиянием различных факторов; Д) дополнительные симптомы.

6.Словесная глухота *вызывается травмой области, которая связывает зону Вернике со слуховым проходом. При этом виде афазии остаются сохранным*_____

7.Память может характеризоваться всеми указанными видами, кроме:

1) оперативной;

2) познавательной;

3) кратковременной;

4) отсроченной.

8. Суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции с отсутствием критического отношения к ним, называются:

1) Навязчивыми идеями
2) Бредовыми идеями
3) Сверхценными идеями
4) «скачкой идей»

9. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:

1) Шульте;
2) Векслер;
3) Бурдон;
4) Бине.

10. Укажите соответствие:

1. Повторение больным отдельных слов , которые произносятся в его присутствии; А)Негативизм;
2. частое, ритмичное повторение одних и тех же действий; Б) Эхолалия;
3. проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления В) Стереотипии.

11. Расстройство памяти-_____

12 ***Принцип, согласно которому психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым, называется:***

5) презумпцией психической нормальности
6) понимания
7) Курта Шнайдера
8) Контекстуальности

13. Заполните пропуск. *Компенсация- состояние полного или*_____*нарушенных в связи с болезнью утраченных психических функций*

14. ***Перечислите виды афазий*** при локальных поражениях головного мозга.

15. Функциями клинического интервью в медицинской психологии являются две из нижеперечисленных:

1) диагностическая;
2) терапевтическая;

3) психотерапевтическая;
4) организационная;
профилактическая

16. Что соответствует:

1.Диагностике невротических расстройств; А) Пуэрильный синдром ;
2. Поведению человека вслед за острой психотравмой, характеризующегося детскостью; Б) Триада К.Ясперса;
3. структуре неврастенического синдрома; В) Обсессии.

17. Продолжите предложение: Феноменологически ориентированное клинико-психологическое исследование опирается на четыре основных принципа:

18. Укажите соответствие:

1.Личностный профиль; А) тест Люшера;
2. оценка эмоциональных состояний; Б) MMPI;
3.выяление шизофренического симптомокомплекса. В) Методика пиктограмм.

19. Кто первым открыл экспериментально-психологическую лабораторию в России?

1) Бехтерев;
2) Чиж;
3) Корсаков;
4) Россолимо.

20. Шизоидный тип характера *базируется на*_____*типах темперамента.*

Вариант 5

1.Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

1) модель Гиппократа;
2) модель Парацельса;
3) деонтологическая модель;
4) биоэтика.

2. Укажите соответствие:

1.Процесс лучшего запоминания незавершенных действий; А) эхомнензия, «эффект сурка»;
2.Нарушения чувства знакомости; Б) эффект Зейгарник;
3.Серйное воспроизведение одного и того же Воспоминания В) Дежа вю.

3. Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

1) Бентам;
2) Спиноза;
3) Декарт;
4) Бубер.

4. Расстроство узнавания частей собственного тела называется:

1) Соматоагнозией
2) Дисморфоманией
3) Симптомом Фреголи
4) Симптомом Капгра

5.***Галлюцинации***-_____

6. ***Продолжите предложение***: Психический статус включает в себя следующие параметры:_____.

7. Установите соответствие:

1) Установление «доверительной дистанции» А) IV этап клинического интервью
2) Выявление жалоб Б) I этап клинического интервью
3) Оценка желаемого результата интервью В) II этап клинического интервью
4) Оценка антиципационных способностей пациента Г) III этап клинического интервью

8. Основателем отечественной школы патопсихологии является:

1) Лебединский;
2) Лазурский;
3) Ананьев;
4) Зейгарник.

9.***Иллюзии-***_____

10. Снижение способности ощущать различные виды раздражителей, называется:

1) Синестезией
2) Гипоэстезией
3) Гиперстезией
4) Парестезией

11. ***Основными критериями дифференциации истинных и ложных галлюцинаций являются***_____

12. Расстройство памяти, характеризующееся нарушением запечатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

1) Антероградной амнезией
2) Ретроградной амнезией
3) Фиксационной амнезией
4)Антероретроградной амнезией

13. ***Продолжите предложение***: Синдром — это_____.

14. Расстройство мышления при котором отмечается стереотипное повторение отдельных слов или слогов, называется:

1. Разорванностью
2. Разноплановостью
3. Вербигерацией
4. Шперрунгом

15.Функциями клинического интервью в медицинской психологии являются две из нижеперечисленных:

1. диагностическая;
2. Терапевтическая;
3. психотерапевтическая;
4. организационная;
5. профилактическая.

16.Характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний, называется

1. характером;
2. психической индивидуальностью;
3. темпераментом;
4. личностью.

17. Гемблинг-_____

18. При угнетении правого полушария головного мозга:

А) число активной лексики резко увеличивается;

Б) в ассоциациях появляются абстрактные существительные;
Г) резко сокращается число активной лексики.

19. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме:

1) устойчивость;
2) разноплановость;
3) переключаемость;
4) концентрация.

20. Современная концепция неврозогенеза включает:

А) нарушение механизмов вероятностного прогнозирования
Б) алекситимию
В) эмпатию
Г) все ответы верны

Приложение 5

Вопросы для подготовки к экзамену

1. Предмет и структура клинической психологии.
2. Междисциплинарный статус клинической психологии.
3. История зарождения и становления клинической психологии.
4. Психология здоровья как проблема, аспект клинической психологии.
5. Задачи, решаемые клинической психологией.
6. Методы клинической психологии.
7. Клиническое интервью, его функции.
8. Экспериментально-психологические методы исследования психических функций и личности в клинической психологии.
9. Критерии общего и психического здоровья.
10. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов.
11. Диагностические принципы-альтернативы.
12. Категория фактора в нейро- и патопсихологии.
13. Категория синдрома и симптома в нейро- и патопсихологии.
14. Теория системной динамической локализации высших психических функций А. Р. Лурия.
15. Состояние и перспективы развития областей клинической психологии.
16. Расстройства ощущений.
17. Расстройства восприятия.
18. Расстройства памяти.
19. Расстройства мышления.
20. Нарушения интеллекта.
21. Нарушения эмоциональной сферы.
22. Мотивационно-волевые расстройства.
23. Расстройства сознания и самосознания.
24. Типология изменений личности.
25. Нарушение произвольных движений и действий.
26. Нарушения речи.
27. Виды экспертных задач, решаемых клиническими психологами.
28. Психологическое консультирование.
29. Психологическая коррекция и психотерапия.
30. Участие клинических психологов в социально-трудовой адаптации, реабилитации и восстановлении нарушенных высших психических функций.
31. Проблемы, решаемые психосоматической психологией.
32. Психологические феномены и психопатологические симптомы при различных психических расстройствах.
33. Психологическое реагирование на заболевание.

34. Патология ощущений.
35. Патология восприятия.
36. Патология памяти.
37. Нарушения сознания.
38. Психология лечебного процесс.
39. Экспертная деятельность психолога
40. Поражение височных долей мозга. Симптомы.
41. Поражение затылочной и теменной долей мозга.
42. Психосоматическая патология.
43. Афазии. Виды.
44. Агнозии. Акалькулия.
45. Психодиагностика, психологическое прогнозирование.
46. Пути восстановления высших психических функций.
47. Неврозы. Диагностика и профилактика.
48. Психология алкоголизма.
49. Психология беременных.
50. Нарушения воли.
51. Нарушения внимания.
52. Виды амнезий.

Вазиева А.Р.

Основы клинической психологии

Учебно-методическое пособие