

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра психологии

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (Общие вопросы. Патопсихология)

*Методические рекомендации
к выполнению практических работ*

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2025*

УДК 159.9:61(075.8)
ББК 88.7я73
М42

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 6 от 27.06.2025.

Составители: доцент кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук, доцент **Т.Ю. Крестьянинова**; доцент кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат психологических наук **М.М. Морожанова**

Р е ц е н з е н т :
доцент кафедры фундаментальной и прикладной биологии
ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук,
доцент *Г.А. Захарова*

М42 Медицинская психология (Общие вопросы. Патопсихология) : методические рекомендации к выполнению практических работ / сост.: Т.Ю. Крестьянинова, М.М. Морожанова. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2025. – 51 с.

Данное издание содержит методические указания для выполнения практических работ по модулям: «Общие вопросы медицинской психологии» и «Патопсихология». Предназначено для студентов дневной и заочной форм получения образования специальностей: 6-05-0313-01 Психология, 6-05-0114-01 Социально-педагогическое и психологическое образование, 6-05-0921-01 Социальная работа и консультирование.

УДК 159.9:61(075.8)
ББК 88.7я73

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Тема: Предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии	5
Тема: Виды психологической помощи	7
Тема: Психическое здоровье. Психическая болезнь	8
Тема: Основные теоретические подходы в медицинской психологии	9
Тема: Общие вопросы патопсихологии	10
Тема: Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга	15
Тема: Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств	19
Тема: Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств	23
Тема: Патопсихологическая характеристика расстройств настроения	29
Тема: Патопсихологическая характеристика расстройств личности	33
Тема: Патопсихологическая характеристика шизофрении	35
Тема: Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ	39
Тема: Нарушение психического развития	45
Тема: Кризисное вмешательство	47
ЛИТЕРАТУРА	50

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская психология — отрасль психологической науки, направленная на решение теоретических и практических задач, связанных с психопрофилактикой заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, а также на решение вопросов, связанных с психокоррекционными формами влияния на процесс выздоровления, решение различных экспертных вопросов, вопросов социальной и трудовой реабилитацией больных людей. Целью освоения учебной дисциплины «Медицинская психология» является раскрытие возможности применения психологических знаний к вопросам возникновения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Задачи учебной дисциплины: определить предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии, рассмотреть современные психологические подходы к психическим и соматическим расстройствам, кризисным состояниям и нарушениям развития, обучить студентов навыками проведения психодиагностических исследований в условиях клиники и синдромному анализу получения данных, выработать у студентов базовые навыки оказания психологической помощи.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

знать:

- основные теоретические подходы в медицинской психологии, объясняющие возникновение и динамику течения заболеваний;
- основные подходы к определению нормы и патологии. Специфику и методы патопсихологической диагностики;
- основные направления и методы психологической помощи;
- особенности нарушения личности и психических процессов при различных заболеваниях;

уметь:

- ориентироваться в основных теоретических парадигмах современной медицинской психологии;
- проводить патопсихологическую диагностику и составлять заключения по данным патопсихологического исследования;
- оказывать психологическую помощь;

иметь навыки:

- использования психологических методов в целях профилактики заболеваний;
- использования различных методов проведения психологической реабилитации больных.

Тема: ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Цели: изучить цели и задачи медицинской психологии, познакомиться с методами исследования, применяемыми в медицинской психологии. Освоить методику САН. Познакомиться с вкладом отечественных ученых в развитие медицинской психологии.

Материальное оснащение: толковый словарь, бланки для выполнения методики САН, методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Различные подходы к определению предмета медицинской психологии.
2. Структура медицинской психологии.
3. Практическая работа медицинского психолога.
4. Основные методы исследования в медицинской психологии.

Темы для реферативных сообщений:

1. Вклад отечественных ученых в развитие клинической психологии.
2. Этика в клинической психологии. Модель Гиппократ (принцип «не навреди»). Модель Парацельса (принцип «делай добро»). Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»). Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

ОПРОСНИК «САМОЧУВСТВИЕ, АКТИВНОСТЬ НАСТРОЕНИЕ» (САН)

Методика САН является разновидностью опросников состояний и настроений. Разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошниковым в 1973 г.

При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер.

Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (А.Б. Леонова, 1984).

Конструктивная валидность САН устанавливалась на основании сопоставления с результатами психофизиологических методик с учетом показателей критической частоты мельканий, температурной динамики тела, хронорефлексометрии. Текущая валидность устанавливалась путем сопоставления данных контрастных групп, а также путем сравнения результатов испытуемых в разное время рабочего дня. Стандартизация методики проведена на материале обследования выборки 300 студентов.

САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

Самочувствие — это комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление мыслей чувств и т.п. Самочувствие может быть представлено в виде некоторой обобщающей характеристики (плохое/хорошее самочувствие, бодрость, недомогание и т.п.), а также может быть локализовано по отношению к определенным формам ощущения (ощущение дискомфорта в различных частях тела).

Активность — 1) всеобщая характеристика живых существ, их собственная динамика как источник преобразования или поддержания жизненно значимых связей с окружающей средой, имеющее свою иерархию: химическая, физическая, нервная психическая активность, активность сознания, личности, группы, общества. Активность строится в соответствии с вероятностным прогнозированием развития событий в среде

и положением в ней организма; 2) одна из сфер проявления темперамента которая определяется интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой. По этому параметру человек может быть инертным, пассивным, спокойным, инициативным, активным или стремительным.

Настроение — сравнительно продолжительное, устойчивое состояния человека которое может быть представлено как 1) эмоциональный фон (приподнятое, подавленное) т.е. являться эмоциональной реакцией не на непосредственные последствия конкретных событий, а на их значение для субъекта в контексте общих жизненных планов, интересов и ожиданий; 2) четкое идентифицируемое состояние (скука, печаль, тоска, страх, увлеченность, радость, восторг и пр.). Настроение в отличие от чувств всегда направлено на тот или иной объект. Настроение будучи вызванным определенной причиной, конкретным поводом, проявляется в особенностях эмоционального отклика человека на воздействия любого характера.

ОБРАБОТКА

При обработке результатов исследования оценки пересчитываются в «сырые» баллы от 1 до 7 (крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в 1 балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары — в 7). При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются.

Вариант 1. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

– Самочувствие: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

– Активность: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

– Настроение: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого. Оценки ниже 4 баллов свидетельствуют о не благоприятном состоянии испытуемого. Оценки состояния лежащие в диапазоне 5,0-5,5 баллов свидетельствуют о нормальном состоянии испытуемого. Следует учитывать, что при анализе функционального состояния испытуемого важны не только значения отдельных показателей САН, но и их соотношение.

Вариант 2. Сумма баллов, набранная испытуемым по всем 30 шкалам, делится на 30.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ. 1–3 балла — человек, у которого преобладает плохое настроение. 3,5–4,5 балла — человек, у которого доминирует изменчивое настроение или такой человек, который сам не в состоянии оценить свое настроение как хорошее или плохое. 5–7 баллов — человек, у которого чаще всего доминирует хорошее настроение

Бланк опросника САН

ИНСТРУКЦИЯ: «Вам предлагается описать свое состояние в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

Фамилия, _____ инициалы _____

Пол _____ Дата рождения ____ . ____ . ____ Дата проведения исследования ____ . ____ . ____

1	Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Хорошее настроение
2	Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4	Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5	Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6	Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение

7	Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8	Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9	Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10	Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11	Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12	Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13	Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14	Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15	Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16	Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17	Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18	Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19	Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20	Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21	Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22	Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23	Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24	Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25	Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
26	Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27	Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28	Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29	Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30	Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

1. Проведите тестирование по методике САН. Пользуясь толковым словарем определите семантическое значение положительных и отрицательных полюсов по методике САН и на основе этих значений напишите развернутую характеристику эмоционального состояния респондента. Результаты оформите письменно.

Заключение:

Характеристика эмоционального состояния: _____

2. Укажите достоинства и недостатки данной методики. Обоснуйте свой ответ в письменном виде: _____

Тема: ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Цели: получить представления о психологической помощи как особой области психологической практики, науке, занимающейся изучением объектов психологической помощи и разработкой инструментов ее оказания. Познакомиться с видами психологической помощи, доступными жителям региона.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. «Бригадная» модель оказания медицинской помощи. Роль психолога в медицинских учреждениях.
2. Виды психологической помощи.
3. Специфические черты психокоррекционного процесса.

Темы для реферативных сообщений:

1. Особенности оказания клинико-психологической помощи детям.
2. Принципы психологической помощи (сообщение).
3. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Приведите примеры истолкования понятия «психологическая помощь» разными специалистами.

2. Заполнить таблицу «Виды психологической помощи в медицинской психологии».

Вид психологической помощи	Характеристика
1. Психологическое консультирование	
2. Психотерапия	
3. Психокоррекция	
4. Психологическая профилактика	
5. Психологическое просвещение	

3. Приведите примеры ситуаций «Кому и кем может быть оказана психологическая помощь?»

4. Заполнить таблицу «Формы оказания психологической помощи, доступные в регионе».

Формы оказания психологической помощи	Учреждения (примеры)
Очная	
Заочная	
Индивидуальная	
Групповая	

Тема: ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ. ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Цели: определить понятия «психическое здоровье» и «психическая болезнь»; изучить критерии психического здоровья; познакомиться с подходами к классификации психических расстройств; изучить категории психических расстройств.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Понятие «психического здоровья».
2. Критерии психического здоровья.
3. Психическое расстройство, подходы к классификации психических расстройств.
4. Категории психических расстройств.

Темы для реферативных сообщений:

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

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

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

Критерий	Основные положения	Критика

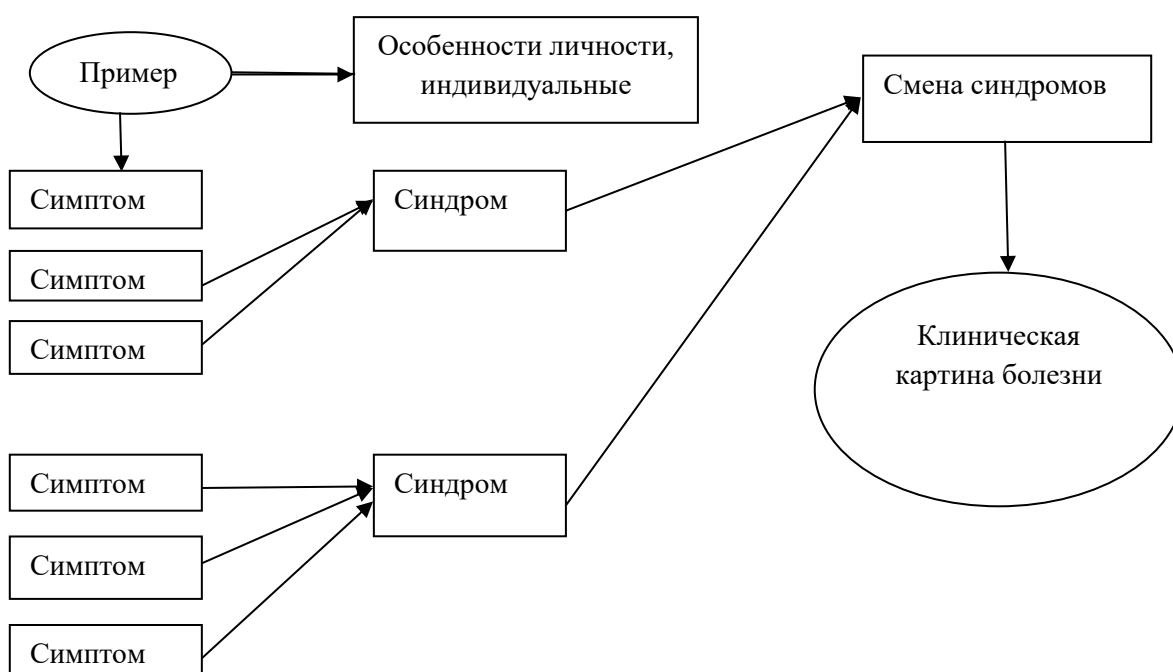
2. Составить и заполнить таблицу «Критерии психического здоровья»

Критерий	Содержание

3. Оформить таблицу в тетрадь «Уровни психического здоровья». (Братусь Б.С.)

Уровень	Характеристика
Собственно личностный	Высший уровень (цели, ценности, смыслы, самосознание, мотивация, самодетерминация)
Инструментальный уровень	Интеллект, способности, характер, операциональные и социальные навыки
Уровень психофизиологических механизмов	Психофизиологическая регуляция и нейропсихологическая основа регуляции психических функций

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



5. оставить кроссворд по теме занятия (10 вопросов).

Тема: ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Цели: изучить теоретические подходы в медицинской психологии, сделать сравнительную характеристику.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Биологический подход.
2. Психоаналитический подход.
3. Поведенческий подход.
4. Когнитивный подход.
5. Экзистенциальный и гуманистический подходы.

6. Критический подход.
7. Социальный подход.
8. Интегративный подход в медицинской психологии: биопсихосоциальная модель.

Темы для реферативных сообщений:

1. Ганс Селье, теория стресса.
2. Психоаналитический подход З. Фрейда в медицинской психологии.
3. Альберт Бандура, теория социального научения.
4. Теория выученной беспомощности М. Селигмана.
5. Основные идеи когнитивного подхода А. Бекам и А. Эллиса.
6. К. Роджерс и его гуманистический подход.
7. Постпсихиатрия.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Заполнить таблицу «Основные теоретические подходы в медицинской психологии»

Подходы	Идеи и положения	Представители	Критика

2. Составить кроссворд по теме занятия (10 вопросов).

Тема: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Цели: изучить общие вопросы патопсихологии, историю ее развития, методы и методики патопсихологического исследования.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Общая характеристика патопсихологии.
2. Задачи патопсихологии.
3. Основные понятия патопсихологии.
4. История развития патопсихологии.
5. Методы и методики патопсихологического исследования.

Темы для реферативных сообщений:

1. Вклад В. М. Бехтерева в развитие патопсихологии.
2. Психиатрическая теория С. С. Корсакова.
3. Идеи Л. С. Выготского.
4. Открытия Б. В. Зейгарник.
5. Работы С. Я. Рубинштейн

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Законспектировать план проведения патопсихологического исследования:

1.1 Анализ истории жизни

Анализ истории жизни пациента проводится на основании собранной информации. Информацию собирают во время очной встречи и заочно. Как правило, вначале идет заочный сбор информации о пациенте, который проводят до знакомства с пациентом. Информацию получают от близких людей, родственников, медицинских работников. Также изучается доступная медицинская документация или другая информация (характеристика с места работы, учебы и пр.).

В дальнейшем при очной встрече собирается информация о потенциально значимых этапах развития и жизненных событиях, повлиявших на проявление симптомов расстройства (катамнез). Эта информация обычно касается следующего круга вопросов:

Катамнез истории жизни:

- рождение и связанные с этим события (беременность, осложнения при родах, употребление матерью психоактивных веществ (алкоголя) в течение беременности и пр.);
- развитие человека (возраст, в котором ребенок начал ходить, говорить, привык к туалету, получил навыки самообслуживания и др.);
- медицинская история (травмы, несчастные случаи, операции, сопутствующие заболевания, принимаемые в прошлом и сейчас медицинские препараты);
- характеристика и история семьи (возраст семьи и родителей, род занятий родителей, их образование, сведения о психических болезнях родственников);
- социальные навыки человека (особенности его межличностных отношений с родителями, педагогами, медработниками, друзьями, какую деятельность предпочитает);
- история образования (когда пошел в детский сад или школу, имеет среднее или высшее образование, какова его успеваемость, каковы отношения с учителями и одноклассниками и пр.);
- информация о досуге и личных отношениях со сверстниками;
- описание попыток справиться с расстройством до обращения к медикам;
- отношения социального окружения к пациенту.

Анамнез истории болезни:

- когда возникла проблема;
- причины возникновения;
- куда обращались за помощью;
- опыт решения проблемы;
- как проявляется проблема сегодня.

1.2 Наблюдение за поведением

Наблюдение за поведением — это способ оценки действий, высказываний, эмоциональных реакций пациента в определенном социальном окружении. Это позволяет сформулировать гипотезу о природе проблемы и план ее коррекции. Наблюдение за поведением может осуществлять сам психолог или человек, имеющий возможность вести наблюдение (родитель, педагог, медработник). Наблюдение приобретает особое значение при работе с детьми, поскольку здесь к психологу обращается не сам ребенок, а окружающие его взрослые. Следовательно, предъявляемая ими проблема может существенно отличаться от того, что на самом деле требует вмешательства.

Объектом клинико-психологического наблюдения может стать не только непосредственное поведение, но и поведение в ситуациях ролевых взаимодействий, организуемых психологом (поведенческий эксперимент). Перед организацией наблюдения психолог должен определить, на какие поведенческие акты будет обращено особое внимание наблюдателя. Нередко для наблюдения используется заранее составленная оценочная таблица.

Также метод наблюдения используется в проведении патопсихологического эксперимента. Во время эксперимента психологом фиксируются поведенческие характеристики не только общего характера (контакт, эмоциональное состояние, речь, поза и др.), но реакции пациента при выполнении заданий (мотивация к выполнению заданий, понимание инструкций, принятия помощи психолога, реакция на неудачи и др.).

1.3 Клинико-психологическое интервью

Клинико-психологическое интервью — это метод сбора и структурирования информации путем задавания вопросов пациенту психологом связанных с определенным расстройством, оценка ответов и их фиксация. Например, интервью для оценки выраженности посттравматического стрессового расстройства, когда собирается информация

о проявлениях данного расстройства и оценивается их выраженность. После интервью обобщаются полученные результаты, проводится их анализ и формируются выводы.

От обычного расспроса (беседы) интервью отличается тем, что оно имеет направленный диагностический характер и направлено не только на идентификацию явно предъявляемых признаков патологии, но и на распознавание скрытых признаков, а также на более точное понимание существа проблемы.

Принципами клинико-психологического интервью является:

- однозначность и точность вопросов;
- доступность;
- проверяемость и адекватность;
- беспристрастность.

Принцип однозначности и точности вопросов подразумевает однозначное формулирование вопросов, не допускающее разнообразия в понимании того, о чем спрашивает диагност пациента. Например, вопрос “Испытываете ли вы на себе психическое воздействие?” неоднозначен, поскольку под воздействием можно понимать разные вещи: инопланетян, других людей, сильные переживания и т. д.

Принцип доступности предполагает, что диагност обращается к пациенту на понятном ему языке, соответствующем его социальному статусу, уровню знаний, словарному запасу, культурным особенностям.

Принцип адекватности требует уточнения содержания одинаковых слов, которыми пользуются пациент и психолог для исключения неверной интерпретации ответов.

Принцип беспристрастности предполагает контроль диагноста над тем, не навязывает ли он пациенту своих представлений о наличии у пациента психической патологии.

Само интервью состоит из двух частей. Первая часть подготовительная и она направлена на установление психологического контакта. Это наиболее важный и сложный этап, способный повлиять на качество полученных результатов. Этот этап следует начинать с формирования психологической безопасности и психологического комфорта. Для этого необходимо ситуативно поддерживать пациента, уточнить самочувствие и его способность участвовать в исследовании. Также важно объяснить цели и задачи совместной работы, акцентируя внимание на наличии у него права отказаться от диагностической процедуры.

Вторая часть интервью - собственное проведение клинического интервью. Здесь психологом задаются вопросы и выслушиваются ответы пациента. Важно отметить, что психолог не только фиксирует ответы пациента в протоколе, но и проводит их оценку. Часто эта оценка не совпадает с оценкой пациента. Клинико-психологическое интервью похоже на клиническое интервью, проводимое врачом. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы. Содержание клинического интервью всегда зависит от поставленной задачи.

Клинико-психологическое интервью может быть структурированным или свободным. Структурированное интервью включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, с которой пациент был направлен на психологическое исследование.

Пример

Перечень вопросов, которые задают пьющим людям во время клинического интервью, направленного на установление алкогольной зависимости:

- *Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете употреблять?*
- *Сколько дней в неделю Вы выпиваете?*
- *Сколько порций алкоголя Вы употребляете за один раз?*
- *Требуется ли Вам больше спиртного, чем раньше, чтобы достичь опьянения?*

- *Бывают ли у Вас провалы в памяти после выпивки?*
- *Испытывали ли Вы когда-нибудь сильную тягу к выпивке? Меняли ли Вы свои планы только потому, что хотели выпить?*
- *Обсуждали ли Вы с кем-нибудь проблемы, связанные с употреблением алкоголя?*
- *Возникали ли у Вас конфликты с окружающими в результате употребления алкоголя?*
- *Есть ли у Вас в роду люди, у которых были проблемы с алкоголем?*

1.4 Патопсихологический эксперимент

Патопсихологический эксперимент является основным и наиболее применяемым методом в клинической психологии и строится по принципу функциональных проб. Можно сказать, что психолог, который не владеет этим методом диагностики, не может в полной мере называть себя клиническим психологом. Все вышеописанные методы диагностики может выполнять обученный лаборант или медсестра. А квалификация психолога как раз определяется, насколько он может качественно выполнять патопсихологический эксперимент.

Во время эксперимента психологу предполагается особая роль исследователя, когда он не только выдвигает гипотезы и оценивает полученные результаты, но воздействует на пациента. Этим воздействием является задавание вопросов, просьбы выполнить задания, высказывание мнений, предложение помощи и другие действия. Клинико-экспериментальный метод отличается от экспериментов в других науках тем, что диагност является активным участником эксперимента. Квалификация психолога, проводящего экспериментальное обследование, состоит не только в умении четко фиксировать ответы и реакции испытуемого, а на их основании изменять первоначальную гипотезу и перестраивать эксперимент. Особенно этот метод применим в сложных для диагностики случаях — скрытое протекание болезни, ремиссия (временное ослабление симптомов), диссимуляция симптомов.

Клинико-экспериментальный метод сильно отличается от метода тестирования, который получил название “психометрические тесты”. Во-первых, метод “психометрических тестов” ставит своей задачей не столько качественный анализ обнаруженных дефектов, сколько их формальную количественную оценку. Эта оценка может показать, насколько соответствующая “функция” снижена у данного субъекта, но оказывается совершенно непригодной для того, чтобы найти качественные особенности данного нарушения и тем более для того, чтобы перейти к анализу тех основных дефектов, которые стоят за этим “снижением”. Во-вторых, при выполнении тестовых заданий “за бортом” диагноста остается информация о поведении обследуемого во время процедуры, его реакция на отдельные стимулы (вопросы, задания и пр.), умение перестраиваться или получать помощь со стороны. В-третьих, при проведении процедуры тестирования диагност играет пассивную роль или вообще не нужен, а его с успехом может заменить любой хорошо проинструктированный специалист (лаборант, медсестра и пр.).

Также недостатком психологического тестирования, является то, что оно не создает полной картины психического состояния пациента. Так, например определения высокого уровня тревожности, ни в коей мере не дает общей картины функционирования личности и не выявляет причинно-следственных связей. Так высокий уровень тревожности возможен как при зависимом поведении, так и расстройстве адаптации. Но в этом и заключается задача клинического психолога, что необходимо не только оценить уровень тревоги, но и определить какой вид расстройства имеет пациент с данным симптомом или он находится в состоянии абстиненции или совладевает с травматическим стрессом. А это возможно лишь при качественной оценке психического состояния.

Принципы клинико-психологического эксперимента.

Одним из основных принципов построения экспериментальных приемов, направленных на исследование психики больных, является принцип моделирования обычной

психической деятельности, осуществляемой человеком в труде, учении, общении. Моделирование заключается в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека и организуется выполнение этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если нарушена вербальная или смысловая память, то и эксперимент может состоять в том, что пациенту предлагают какой-либо ранее ему неизвестный текст, дают ему возможность определенное число раз прочесть его и, спустя фиксированное время, просят воспроизвести этот текст.

Вторым принципом построения эксперимента является направленность на качественный анализ психической деятельности пациентов. Для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена или не решена предложенная пациенту задача; существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Главными для интерпретации экспериментальных данных являются качественные показатели, т. е. те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении пациента к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора. Принцип качественного анализа не следует понимать, как нечто противоположное количественной статистической обработке данных. При апробации всех экспериментальных методик такая количественная обработка обязательно проводится, но подсчитываются способы выполнения заданий или ошибки и их типы.

Третий принцип, положенный в основу всех экспериментальных приемов, очень прост и вытекает из самого смысла слова “эксперимент”. Эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с пациентом или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных. Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как эксперименты в общей психологии. Психически больные не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе не так действуют, как должно. Часто обсуждают и комментируют стимульный материал, могут спрятать его и выполняют действия, прямо противоположные тем, о которых их просят. Однако все эти искаженные, не соответствующие инструкции действия больных не являются “срывом” эксперимента. Они представляют собой ценную информацию, которая может оказаться важной для анализа психики больного, при условии, если все, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано.

Существует два принципа подбора методик для экспериментально-психологического исследования:

- сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать проявления исследуемой психической деятельности.
- сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность полученных результатов.

Обычно в одном исследовании применяют 8-9 методик. Применение большого числа методик может привести не только увеличению времени проведения и обработки данных, но и к затруднениям их интерпретации. Особенно осторожно нужно применять методики, имеющие не клиническую, а общепсихологическую или исследовательскую направленность. Как правило, психологи не могут встроить полученные данные от этих неклинических методик в клиническую парадигму, а полученные данные приводят только к путанице при установлении медицинского диагноза.

1.5 Написание заключения

Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный перед психологом. Единой формы заключения в настоящее время нет, но заключение никогда не является простым повторением протокола исследования. Заключение должно быть таким документом, при прочтении которого возникает цельный образ обследуемого. Для этого вначале описываются:

- а) цель проведения психологического обследования (исследование психофункций, состояния эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей и пр.);
- б) жалобы на психическое здоровье самого пациента и его родственников, медперсонала (снижение памяти, тревожное состояние, депрессивные реакции и т.п.)
- в) поведенческие характеристики пациента;
- г) особенности психического состояния:
- эмоциональный фон (устойчивый-неустойчивый),
 - фон настроения (ровный-повышенный-пониженный),
 - эмоциональная реакция на задаваемые вопросы, личность исследователя;
 - патологические симптомы;
- д) указываются особенности протекания психических процессов:
- темп реакций (ускорен-замедлен-средний);
 - темп работы — как справляется с заданиями (ускорен-замедлен-средний);
 - особенности внимания (истощаемость, неустойчивость), описываются сохраненные стороны психической деятельности. Допускается приведение характерных ярких примеров или высказываний;
- е) приводятся данные проведенных методик (количественные характеристики) и их краткая интерпретация;
- ж) в конце делается резюме, отражающее наиболее важные данные (например, структуру патопсихологического синдрома).

2. Составить графический диктант по теме (10 вопросов).

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА

Цели: изучить общую характеристику нарушений психической деятельности при заболеваниях головного мозга; познакомиться с этиологией, патогенезом и клинической картиной: синдрома деменции; эпилепсии; болезни Альцгеймера; черепно-мозговой травмы (ЧМТ); инфекционных поражений мозга; церебрального атеросклероза. Научиться применять и интерпретировать тесты, выявляющие синдром деменции. Познакомиться с правилами оказания ПМП при приступе эпилепсии, правилами сопровождения пациентов с синдромом деменции и болезнью Альцгеймера.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ, папка с тестом Векслера.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Общая характеристика нарушений психической деятельности при заболеваниях головного мозга. Синдром деменции.
2. Эпилепсия.
3. Болезнь Альцгеймера.
4. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ).
5. Инфекционные поражения мозга.
6. Церебральный атеросклероз.
7. Инфекционные поражения мозга.

Темы для реферативных сообщений:

1. История открытия болезни Альцгеймера.
2. Виды черепно-мозговых травм, последствия, особенности психологического и социального сопровождения.
3. Программы социально-психологической профилактики синдрома деменции.
4. Тест Векслера, история создания.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Заполнить таблицу:

Отделы мозга	Функции	Возможные проявления психоорганического синдрома
I.Задний		
1. Продолговатый мозг		
2.Мост		
3.Можжечек		
II.Средний		
III.Передний		
1.Промежуточный		
2.Большие полушария		

2. Ознакомиться со Шкалой Векслера.

Тест Векслера (или Шкала Векслера) — это один из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития. Он разработан Дэвидом Векслером в 1939 году. Тест диагностирует общий интеллект и его составляющие — вербальный и невербальный интеллекты.

Тест Векслера состоит из 11 отдельных субтестов: - 6 вербальных и 5 невербальных. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т.д. К невербальным субтестам относятся такие задания, как шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности картин, сложение фигур. Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс. Низкий количественный балл по одному или нескольким субтестам свидетельствует об определенном типе нарушений.

Пример:

Субтест 1. Осведомленность

Максимальный балл: 29. Каждый верный ответ оценивается в 1 балл.

Инструкция по проведению: субтест нужно начинать с вопроса № 5. Если испытуемый ответил на вопросы № 5-7, то за вопросы № 1-4 авансом начисляются баллы.

Если испытуемый не смог верно ответить на вопросы № 5-7, то тестирование проводится с вопроса № 1.

№	Задания и контрольные ответы (баллы 1 или 0)	Оценка
1	Какие цвета в Белорусском флаге? <i>Зеленый, белый, красный</i>	
2	В каком числе шесть нолей? <i>Миллион</i>	
3	Назовите все месяцы? <i>Январь, февраль, март....</i>	
4	Что такое барометр? <i>Прибор для измерения атмосферного давления</i>	
5	Какой самый большой океан на планете Земля? <i>Тихий океан</i>	
6	Кто нарисовал картину «Мона Лиза»? <i>Леонардо да Винчи</i>	
7	Какой белорусский город известен как «Город льна»? <i>Орша</i>	
8	Какое природное вещество является самым твердым на Земле? <i>Алмаз</i>	

9	Какая река в России является самой длинной? <i>Волга</i>	
10	Какая самая большая пустыня в мире? <i>Сахара</i>	
11	Чему равен квадратный корень из 144? <i>12</i>	
12	Какой композитор сочинил «Времена года»? <i>Антонио Вивальди</i>	
13	Какая страна в мире самая маленькая по площади? <i>Ватикан</i>	
14	Как называется самая большая кость в теле человека? <i>Бедренная кость</i>	
15	Какой язык является самым распространенным в мире по количеству носителей? <i>Китайский</i>	
16	Какое имя у греческого Бога моря? <i>Посейдон</i>	
17	Какая самая большая планета в нашей Солнечной системе? <i>Юпитер</i>	
18	Сколько километров в 1 сухопутной миле? <i>1,6</i>	
19	Какой известный физик разработал теорию относительности? <i>Альберт Эйнштейн</i>	
20	Какой язык используется в медицине? <i>Латынь</i>	
21	На каком материке находится Беларусь? <i>Евразия</i>	
22	Кто открыл пенициллин? <i>Александр Флеминг</i>	
23	В каком году проходила Олимпиада в Москве? <i>1980</i>	
24	Кто написал оперу «Евгений Онегин»? <i>Петр Ильич Чайковский</i>	
25	На каком языке говорят в Бразилии? <i>На Португальском</i>	
26	Кто изобрел радио? <i>Александр Попов</i>	
27	Какое самое большое современное животное в мире? <i>Синий кит</i>	
28	Белорус по происхождению, получивший Нобелевскую премию по физике в 2000 году? <i>Жорес Алферов</i>	
29	Кто был первым царем на Руси? <i>Иван IV Васильевич Грозный</i>	
	Итого баллов:	

- 26–28 баллов: Отличные общие знания, отличное: запоминание и поиск фактической информации.

- 23–25 баллов: Общие знания выше среднего, хорошая способность запоминать информацию.
- 18–22 балла: Средние общие знания, адекватное запоминание информации.
- 14–17 баллов: Общие знания ниже среднего, некоторые трудности с поиском информации.
- 10–13 баллов: Ограниченные общие знания; значительные трудности с запоминанием информации.
- 0–9 баллов: Очень ограниченные общие знания, могут указывать на проблемы с сохранением или извлечением информации из памяти, или на ограниченный уровень общего образования.

Эти баллы следует интерпретировать в контексте общей успеваемости человека и учитывать его образовательный и культурный уровень

Результаты по этому субтесту дают представление об объеме и уровне знаний, способности их сохранения в долговременной памяти, общей образованности, а также избирательной направленности интересов испытуемого.

3. Пройти тестирование по Векслеру онлайн (https://teststs.ru/testy_na_sposobnosti/coomnvq/).
4. Изучить (законспектировать) правила оказания первой помощи при приступе эпилепсии (см. рис. 1).
5. Изучить (законспектировать) ранние признаки болезни Альцгеймера (см. рис. 2).



Рис.1



Рис.2

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Цели: изучить систематику и общую характеристику тревожных расстройств; патогенез тревоги в различных теоретических подходах; психотерапию тревожных расстройств.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ, папка с тестом Векслера.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Систематика тревожных расстройств.
2. Тревога в различных теоретических подходах.
3. Психотерапия тревожных расстройств.

Темы для реферативных сообщений:

1. Тревога и тревожные расстройства.
2. Когнитивная модель тревожных расстройств.
3. Макс Р. Гамильтон и его шкала оценки тревожности.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Выполнить оценку тревожности с использованием шкалы М. Гамильтона.

ШКАЛА М. ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ

Назначение: Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) является клинической рейтинговой шкалой.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) предназначена для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивными.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) предназначена для специалистов здравоохранения - врачей общей практики, семейных врачей, психиатров и т.д. Заполнение шкалы происходит в процессе полуструктурированного интервью, во время которого специалист в том числе собирает анамнестические сведения и наблюдает за поведением и другими невербальными проявлениями исследуемых психопатологических феноменов. Не следует предъявлять шкалу пациенту и задавать ему прямые вопросы.

HARS состоит из 14 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале Ликкена. 13 пунктов относятся к проявлениям тревоги в повседневной жизни. 14-ый — к проявлению тревоги при осмотре. Варианты ответов стандартизированы, каждый пункт может внести равное количество баллов в значение шкалы, и нет необходимости прописывать отдельные варианты ответов для каждого пункта, что значительно упрощает понимание шкалы и процедуру подсчета.

Обследование занимает 20–30 минут, в течение которых экспериментатор выслушивает ответ испытуемого по теме вопроса и оценивает его по пятибалльной шкале.

Содержание (шаблон):

1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

3. Страхи (боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

4. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.

4. В очень тяжелой степени.

5. Интеллектуальные нарушения (затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти).

0. Отсутствует.

1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.

3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.
6. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
7. Соматические симптомы (боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
8. Соматические симптомы (сенсорные — звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
10. Респираторные симптомы (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
11. Гастроинтестинальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.
 2. В умеренной степени.
 3. В тяжелой степени.
 4. В очень тяжелой степени.
12. Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция).
 0. Отсутствует.
 1. В слабой степени.

2. В умеренной степени.
3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

13. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения).

0. Отсутствует.
1. В слабой степени.
2. В умеренной степени.
3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

14. Поведение при осмотре (ерзание на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.).

0. Отсутствует.
1. В слабой степени.
2. В умеренной степени.
3. В тяжелой степени.
4. В очень тяжелой степени.

Ключ (интерпретация)

Для получения общего балла, отражающего уровень тяжести тревожного расстройства, необходимо сложить баллы по всем пунктам.

Кроме того, первые шесть пунктов могут быть оценены отдельно как проявления тревоги в сфере психики, а остальные восемь — как проявления тревоги в соматической сфере.

0–7 баллов — отсутствие тревоги.

8–17 баллов — наличие симптомов тревожного расстройства.

18–24 балла — средняя выраженность тревожного расстройства.

25–56 баллов — тяжелая степень выраженности тревожного расстройства.

Таким образом, сумма баллов в результате оценки лиц, не страдающих тревогой, близка к нулю. Максимально возможный общий балл — 56 отражает крайнюю степень выраженности тревожного состояния.

Дополнительно по степени выраженности отдельных симптомов тревоги, оценивается ведущая симптоматика:

1. Тревожное настроение — озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность.

2. Напряжение — ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться.

3. Страхи — боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному.

4. Инсомния — затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения.

5. Интеллектуальные нарушения — затруднения концентрации внимания, ухудшение памяти.

6. Депрессивное настроение — утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния.

7. Соматические симптомы (мышечные) — боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус.

8. Соматические симптомы (сенсорные) — звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания.

9. Сердечно-сосудистые симптомы — тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ.

10. Респираторные симптомы — чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ.

11. Гастроинтестинальные симптомы — затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры.

12. Мочеполовые симптомы — учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция.

13. Вегетативные симптомы — сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения.

14. Поведение при осмотре — ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, наряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.

Заключение: _____

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Цели: изучить патопсихологическую характеристику диссоциативных расстройств; причины возникновения и методы психотерапии диссоциативных расстройств; патопсихологическую диагностику диссоциативных расстройств.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Общая характеристика диссоциативных расстройств.
2. Диссоциативная fuga.
3. Диссоциативная амнезия.
4. Деперсонализационное расстройство.

Темы для реферативных сообщений:

1. Опросник А. Кошкокаровой в диагностике диссоциативных расстройств.
2. Шкала Нуллера в диагностике диссоциативных расстройств.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Пройти тест на деперсонализацию:
<https://www.b17.ru/tests/518/?ysclid=mdg5qh9vky907437057>
2. Ознакомиться с историей болезни подростка с диссоциативным расстройством личности (Lee S., Kang NR., Moon D. Dissociative Identity Disorder in an Adolescent With Nine Alternate Personality Traits: A Case Study. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry 2022;33:73-81. <https://doi.org/10.5765/jkacap.220005>)

Диссоциативное расстройство личности (ДРЛ) трудно отличить от шизофрении из-за схожих симптомов, таких как слуховые галлюцинации и бредовые идеи. Шестнадцатилетний пациент-подросток, которому ранее был поставлен диагноз шизофрения, был госпитализирован в наше стационарное психиатрическое отделение для оценки слуховых галлюцинаций и суицидальных попыток. В ходе обследования выявлены раздвоение личности, диссоциация и амнезия, что привело к постановке диагноза ДРЛ. Лечение включало:

- фармакотерапию,
- терапию эго-состояний,

- ориентированная на травму психотерапию,
- семейную терапию.

После лечения пациент смог распознать в себе девять альтернативных личностей, что создало основу для их интеграции, уменьшению семейных конфликтов и отказов от посещения школы.

История болезни

Диссоциативное расстройство личности у подростка началось в детстве. Родители пациента были вовлечены в серьезные конфликты, приводившие к домашнему насилию.

5 лет. Когда ему было около 5 лет, он стал свидетелем того, как его отец бросил в мать электрический вентилятор, ударив ее по голове. Он помнит, как с матерью ехал в больницу, боясь за ее жизнь.

8 лет. В возрасте 8 лет, после развода родителей, пациент несколько месяцев держал глаза закрытыми, кроме случаев, когда ходил или ел. В школе его травили с 1-го класса, и он проводил большую часть времени в одиночестве.

11 лет. Когда ему было 11 лет, пациент стал свидетелем того, как его мать, будучи в состоянии алкогольного опьянения, нанесла себе ножевое ранение в живот.

13 лет. К 13 годам он проводил все свободное время дома за телефоном, что часто приводило к конфликтам с матерью. Эти ссоры перерастали в насилие: мать разбивала его телефон или душила его, а пациент бил ее до появления синяков.

15 лет. У пациента начались слуховые галлюцинации: три голоса, один из которых приказывал убивать, другой — убить себя, а третий пытался остановить их. Под их влиянием пациент убил свою черепаху и закалывал голубей. Он также нанес себе раны на бедрах и попытался покончить с собой, прыгнув с крыши школы. После этого он был госпитализирован и начал фармакотерапию нейролептиками и антидепрессантами, так как проявлял симптомы шизофрении и депрессии.

Несмотря на лечение, галлюцинации продолжались. Через шесть месяцев после госпитализации пациент пытался уколоть друга под влиянием голосов, что привело к его двухнедельной госпитализации в закрытое отделение. Хотя на время галлюцинации уменьшились, они возобновились спустя три месяца. Голоса чаще появлялись в людных местах и приказывали ему убивать или умирать. Увеличение дозы лекарств не помогло, и пациент стал избегать школы, испытывая трудности даже с приемом пищи. За две недели до визита в нашу клинику мать, будучи пьяной, дала ему нож и предложила убить ее. Во время ссоры пациент случайно ранил ее ножом в лоб.

Клинические данные и диагностическая оценка

На момент госпитализации пациент, подросток ростом 174 см и весом 88 кг, выглядел неухоженным, с жирными волосами и безэмоциональным выражением лица. Он говорил сухим, монотонным голосом, утверждая, что внутри него находятся три существа, которые иногда приказывают ему заколоть мать. Пациент утверждал, что это не он ударил мать ножом, а «ворон-монстр» внутри него, и описывал себя как ребенка, неспособного испытывать эмоции.

Для оценки состояния были проведены:

- психиатрическая беседа по критериям DSM-5,
- обследование психического статуса,
- лабораторные тесты,
- визуализация мозга,
- электроэнцефалография,
- полное психологическое тестирование.

Лабораторные анализы выявили гиперпролактинемия (пролактин 67,08 мкг/л), но остальные результаты, включая исследования мозга, ЭЭГ и психологические тесты, не дали значимых отклонений. Коэффициент интеллекта пациента составил 92, а результаты Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРІ) не показали важных аспектов.

Терапевтическое воздействие

Лечение диссоциативного расстройства личности (ДРЛ) включает различные методы, такие как фармакотерапия, когнитивно-поведенческая терапия и десенсибилизация с переработкой движений глаз (EMDR). Одним из подходов является терапия эго-состояний, которая предполагает работу с различными эго-состояниями пациента, часто с использованием гипноза. В сочетании с методами переработки травм, такими как EMDR, этот подход эффективен для пациентов с травмами и диссоциацией. Цель терапии эго-состояний - гармонизировать внутренний мир пациента, принимая и объединяя различные эго-состояния и улучшая сотрудничество между ними.

Во время двух госпитализаций пациенту были проведены: психологическое просвещение, ориентированная на травму психотерапия с элементами стабилизации и семейная терапия. Так как пациент не осознавал свои альтер-личности и испытывал потерю контроля, врач использовал терапию эго-состояний для выявления и работы с ними. Фармакотерапия включала препараты, чтобы контролировать симптомы депрессии, тревоги, импульсивности и агрессии.

Результаты

В ходе терапии эго-состояний пациенту было предложено исследовать своё сознание с помощью гипноза, что он и делал с закрытыми глазами. Врач и пациент назвали это пространство «Комнатой Разума». Пациент описывал эту комнату как место с диваном, столом, тремя собаками, 15 деревьями и большим глазом на потолке, который наблюдал за происходящим. Комната имела четыре двери, ведущие в Компьютерный зал, Джунгли, Пустыню и Подвал.

Три из идентичностей пациента можно было встретить в этой комнате. По мере продвижения терапии были исследованы другие пространства, связанные с основной комнатой, что привело к выявлению девяти альтер-личностей (таблица 1). Врач мог распознавать смену идентичности по изменению выражения лица, манере речи, позе и содержанию речи пациента. Некоторые эго-состояния знали друг о друге, тогда как другие не осознавали существования других личностей, пока врач не представил их друг другу.

Имя альтер-личности	Эмоция (эмоции), выраженная альтер-личностью	Характеристики, выявленные с помощью терапии эго-состояний и рисунков пациента
Агат	Пустота	Это основное состояние пациента; оно стало лидером в процессе лечения и было способно контролировать другие альтер-личности. Наличие или отсутствие рогов может быть показателем того, чувствует ли пациент пустоту или пребывает в состоянии, когда он лучше чувствует эмоции.
Рите	Печаль	Хорошо чувствует печаль; когда взволнован, допускает оговорки, включающие ругательства. Участвуя в насильственном и жестокое поведении, он иногда поощряет такое поведение.

<i>Ксандра</i>	<i>Гнев</i>	<i>Циничный персонаж, который временами может быть довольно свирепым. В прошлом он всегда был в форме монстра, напоминающего ворона; после госпитализации он стал менее свирепым и приобрел человеческую форму.</i>
<i>Обсидиан</i>	<i>Вина (грех)</i>	<i>Эта альтер-личность не чувствует вины, но заставляет другие альтер-личности чувствовать себя виноватыми. Чувство вины было слишком невыносимым. Чтобы выработать безразличие к чувству вины, он неоднократно совершал действия, которые вызывали чувство вины.</i>
<i>Турмалин</i>	<i>Знание, отвращение</i>	<i>Руководитель, который отвечает за пространство в Комнате Разума; обладает почти всей информацией о том, что происходило в разуме.</i>
<i>Розовый Кварц</i>	<i>Счастье, отчаяние</i>	<i>Был изолирован и истощен в пустыне Комнаты Разума. С начала лечения у него хорошие отношения с другими. Он всегда сидит с прямой спиной.</i>
<i>Алекс</i>	<i>Любовь, страх</i>	<i>Эта альтер-личность считала, что пациент был настолько одинок, что она подталкивала его к любовным отношениям через неуместные сексуальные шутки.</i>
<i>Эмеральд</i>	<i>Чистота, безумие</i>	<i>Это эго-состояние возникло, когда пациенту было 4 года, и оставалось в основном в Подвале Комнаты Разума; хотя поначалу оно могло свободно выходить, оно было полностью заперто, когда пациенту было 10 лет и больше не могло покидать Подвал. Имеет детскую внешность; выражение лица стало ярче с начала лечения, так как дверь в Подвал открылась.</i>
<i>Та самая Эмеральд (Эмма)</i>	<i>Безумие</i>	<i>Самая импульсивная и агрессивная альтер-личность, которая была скрыта внутри альтер-личности чистоты (Эмеральд). По очереди меняется с Эмеральд, меняя идентичность в Комнате Разума. Агат ее держит под контролем, так как эта альтер-личность проявляет безумие и гнев по отношению к людям.</i>

Автопортреты девяти альтернативных личностей, нарисованные пациентом



Терапевтический процесс (внутренний мир)

Во время пребывания в клинике, когда пациент осознал существование альтер-личностей внутри себя, он временно потерял контроль над слуховыми галлюцинациями, а также над чувством времени при амнезии и смене идентичности. В ходе терапии эго-состояний пациент глубже погрузился в свой внутренний мир и начал исследовать и понимать свои эго-состояния. Под контролем врача в безопасном терапевтическом пространстве пациент исследовал свою «Комнату Разума». В моменты тревоги использовались техники стабилизации, такие как заземление и контейнирование, чтобы помочь пациенту справляться с тревогой.

Благодаря этому процессу пациент стал лучше осознавать свои состояния и контролировать их. Он любил рисовать и изобразил «Комнату Разума» и каждую из своих альтер-личностей, упорядочивая их в своем сознании через рисунки. До начала терапии альтер-личности вызывали у него замешательство, часто сталкиваясь друг с другом. Однако в процессе лечения они начали осознавать и признавать существование друг друга.

Когда пациент сталкивался с трудными решениями, он проводил своего рода «встречи» между альтер-личностями, что отличалось от его прошлого, когда они импульсивно и неконтролируемо проявляли свои эмоции. В результате альтер-личности,

ранее изолированные и одинокие, начали находить общие точки соприкосновения и наладили общение между собой.

В начале терапии альтер-личности пациента пытались контролировать друг друга, споря о том, что правильно и что неправильно в их взаимодействиях. Их внешний вид был изображен пациентом в угрожающей атмосфере - темные цвета, суровые глаза, резкие линии. По мере прогресса терапии альтер-личности начали понимать свои роли и причины существования, и пациент стал изображать их как более свободных и спокойных существ, контролируемых им самим.

Для пациента, чьи эмоции были разделены на альтер-личности, контроль над своими эмоциями был равнозначен контролю над альтер-личностями. Постепенно этот контроль усиливался, и в итоге альтер-личности могли проявляться только с его разрешения. Со временем их частота появления уменьшалась, как и замешательство у пациента.

На начальных этапах госпитализации пациент утверждал, что не может испытывать эмоции, так как они были представлены его альтер-личностями. Ему было сложно распознавать собственные эмоции, и еще сложнее — сопереживать другим людям. В процессе лечения, через стабильные взаимоотношения с медицинским персоналом и обучение, пациент научился принимать и выражать свои эмоции словами, такими как «гнев», «тоска» или «тревога», вместо того чтобы активировать альтер-личности. Это стало возможным благодаря уменьшению его страха перед эмоциями и новому опыту безопасности в терапевтической среде, который он не испытывал в предыдущих отношениях.

Терапевтический процесс (внешний мир)

После первой выписки из стационара пациент продемонстрировал снижение импульсивного и агрессивного поведения, а также уменьшение частоты появления альтер-личностей. Однако ему было трудно адаптироваться к реальной жизни, что представляло для него серьезный вызов. Эмоции, ранее делегированные альтер-личностям, и необходимость синхронизировать поведение с этими эмоциями вызывали трудности. Семья испытывала сложности в сопереживании пациенту, что усугубляло конфликты, и потребовалась вторая госпитализация для помощи в эмоциональной адаптации.

Второе лечение было сосредоточено на внешних аспектах, таких как семейные конфликты и отказ от учебы. Семейная терапия помогла членам семьи лучше понимать друг друга, что привело к заметному снижению конфликтов, особенно с матерью пациента. Пациент получил возможность осознать последствия своего незрелого поведения, что способствовало уменьшению проблемных действий. Он вернулся в школу и смог восстановить свою повседневную жизнь.

Несмотря на улучшения, реальность для пациента по-прежнему сложна: он продолжает сталкиваться с приступами гнева, тоски и ощущением пустоты. Благодаря двум госпитализациям и амбулаторному лечению симптомы резкого нарушения идентичности исчезли, однако внутренний конфликт и депрессия сохраняются. Теперь пациент предпочитает самостоятельно проживать свои эмоции, а не передавать их альтер-личностям, что является сложной, но необходимой частью его выздоровления.

Пациент все еще остается незрелым по сравнению со взрослыми, и его эго-функции слабые. В дальнейшем ему потребуется длительная терапия для продолжения личностного роста и укрепления функций эго.

Травма и диссоциативное расстройство личности

Исследования показывают, что большинство пациентов с диссоциативным расстройством личности (ДРЛ) пережили в детстве серьезное и хроническое жестокое обращение. У значительной части таких пациентов в анамнезе присутствует детская

травма, и существует статистически значимая связь между физическим насилием и симптомами диссоциации. Ненадежные привязанности в детстве также усиливают взаимосвязь между травмой и диссоциативными симптомами во взрослом возрасте, что приводит к уязвимости в регуляции эмоций и увеличивает вероятность диссоциативных реакций, включая появление альтер-личностей.

В данном случае, из-за множества травмирующих переживаний, диссоциация использовалась пациентом как защитный механизм для избегания болезненных эмоций. Неспособный проживать эти эмоции, пациент создавал в своем психическом мире альтер-личности, каждая из которых брала на себя роль носителя определенной эмоции. Во время терапии эго-состояний эти альтер-личности описали свое существование как «друзинники, которым пришлось мобилизоваться для самозащиты в условиях анархии», подчеркивая их защитную функцию в психике пациента.

Дифференциальная диагностика диссоциативного расстройства личности

Авторы подчеркивают важность диагностики диссоциативного расстройства личности (ДРЛ) и его дифференциации от других заболеваний. Симптомы ДРЛ могут быть скрытыми и отличаться от стереотипных представлений, часто изображаемых в СМИ. Исследования показывают, что пациенты с ДРЛ могут находиться под наблюдением у психиатра от 5 до 12 лет до постановки правильного диагноза, получая за это время 3-4 неверных диагноза.

Для подростков с психотическими симптомами, такими как слуховые галлюцинации, особенно при наличии травматического прошлого, дифференциальная диагностика ДРЛ необходима перед постановкой диагноза шизофрении. Более 80% пациентов с ДРЛ сообщают о слуховых галлюцинациях, и у них они встречаются чаще, чем у пациентов с шизофренией. Однако ДРЛ отличается отсутствием нарушений формального мышления и негативных симптомов, характерных для шизофрении.

Для точного диагноза важно учитывать травматические переживания в анамнезе, симптомы амнезии и смены эго-состояний. Диагностические методики, такие как A-DES, помогают выявить диссоциативные симптомы у подростков. Пациентам с ДРЛ нередко ошибочно ставят диагноз биполярного расстройства, но изменения состояния при ДРЛ происходят быстрее и субъективнее, чем при биполярном расстройстве. ДРЛ также может быть перепутано с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), но при ДРЛ наблюдается наличие нескольких идентичностей, что отличает его от ПТСР.

У рассматриваемого пациента наблюдались серьезные поведенческие проблемы, связанные с потерей контроля и сменой личностей.

Выводы

Неправильная диагностика ДРЛ может затруднить получение пациентами необходимого лечения. В случае травматических переживаний в детстве и подростковом возрасте, как у описанного пациента, врачи должны проводить тщательную диагностику на наличие диссоциативного расстройства, особенно если у подростка проявляются неспецифические психотические симптомы, такие как галлюцинации.

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

Цели: изучить психологическую характеристику расстройств настроения; виды расстройств настроения, их диагностику; основные направления психологической помощи больным с расстройствами настроения.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Общая характеристика расстройств настроения.
2. Виды расстройств настроения их диагностика.
3. Основные направления психологической помощи больным с расстройствами настроения.

Темы для реферативных сообщений:

1. Клиническая картина депрессии. История болезни.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Освойте использование шкалы депрессии А.Т. Бека

Шкала депрессии А.Т. Бека (взрослый вариант)

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе»

1

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

8

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали

12

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям.

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

- 2 Я просыпаюсь на 1–2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
 3 У меня вообще нет аппетита.

19

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
 2 Я потерял более 5 кг.
 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Таблица ответов

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

Обработка результатов

Общий балл:

- 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов
 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия)
 16–19 – умеренная депрессия
 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
 30–63 – тяжелая депрессия

Субшкалы:

- Пункты 1–13 – когнитивно-аффективная субшкала (C-A)
 Пункты 14–21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)
 Отдельные симптомы:

Также возможно оценить отдельно выраженность 21 симптома депрессии:

- Настроение
- Пессимизм
- Чувство несостоятельности
- Неудовлетворенность
- Чувство вины
- Ощущение, что буду наказан
- Отвращение к самому себе
- Идеи самообвинения
- Суицидальные мысли
- Слезливость
- Раздражительность
- Нарушение социальных связей
- Нерешительность
- Образ тела
- Утрата работоспособности
- Нарушение сна
- Утомляемость
- Утрата аппетита
- Потеря веса
- Охваченность телесными ощущениями
- Утрата либидо

Заключение: _____

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Цели: изучить общую характеристику неврозов; характеристики астенического, обсессивного, фобического, ипохондрического синдрома.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Общая характеристика невроза.
2. Характеристика синдромов.

Темы для реферативных сообщений:

1. Астенический синдром. История болезни.
2. Обсессивный синдром. История болезни.
3. Фобический синдром. История болезни.
4. Ипохондрический синдром. История болезни

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Провести исследование расстройств настроения с помощью трех тестов Методики экспресс-диагностики В.В. Бойко (оформите заключение):

Методика экспресс-диагностики личностной склонности к снижению настроению (дистимии)

Инструкция:

Вам предлагается 12 утверждений. Ознакомьтесь с утверждениями и ответьте «да», если это утверждение действительно для Вас, или «нет», если оно к Вам не относится.

Текст опросника:

- 1 Вы унылый, редко радующийся человек.
- 2 Вам трудно быть абсолютно беззаботным и веселым, отключившимся от всех забот.
- 3 Вас трудно чем-то обрадовать.
- 4 Вас часто посещают мрачные мысли.
- 5 Хорошая солнечная погода не вызывает у вас душевного подъема.
- 6 Вы чувствуете себя не совсем уютно в шумной, веселой компании.
- 7 Вы оцениваете жизнь в целом пессимистично.
- 8 В будущем вы не ожидаете радости.
- 9 У вас часто несколько подавленное настроение.
- 10 Жизнь вам кажется трудной.
- 11 Вы равнодушны к анекдотам (или не любите их).
- 12 В беседе вы скупы на слова.

Обработка и интерпретация результатов.

Подсчитывается количество утвердительных ответов (каждый утвердительный ответ оценивается в 1 балл, отрицательные ответы не учитываются).

10–12 баллов — дистимия, постоянно пониженное настроение, определяющее стиль всей жизни;

5–9 баллов — заметна тенденция к пониженному настроению;

4 балла и меньше — тенденция к пониженному настроению отсутствует.

Методика экспресс-диагностики неуправляемой эмоциональной возбудимости

Инструкция:

Вам предложено 12 утверждений. Ознакомьтесь с утверждениями и ответьте «да», если это утверждение действительно для Вас, или «нет», если оно к Вам не относится.

Текст опросника:

- 1 Обычно вы высказываете свои мнения людям откровенно, не особо задумываясь над выбором слов и выражений.
- 2 Вы быстро начинаете злиться или впадать в гнев.
- 3 Вы можете ударить обидчика, оскорбившего вас.
- 4 После приема небольшой дозы алкоголя вы становитесь несдержанным.
- 5 Вы можете стать резким или нагрубить, когда заденут ваше самолюбие.
- 6 В детстве вы убегали из дома, обидевшись на родителей.
- 7 Вы обижаетесь по пустякам.
- 8 Перед важной встречей, событием вы очень волнуетесь, нервничаете.
- 9 Под влиянием эмоций вы можете сказать такое, о чем потом будете жалеть.
- 10 В возбужденном состоянии вы плохо контролируете свои действия (можете бить посуду, швырять вещи, ломать предметы).
- 11 Вам приходилось расплачиваться за свою вспыльчивость (вас наказывали, объявляли выговор, вас покидали друзья и т. п.).
- 12 Нередко вы быстро покупаете понравившуюся вам вещь, не успев рассмотреть и оценить ее как следует, и оказывается, что купили не то, что надо.

Обработка и интерпретация результатов

Подсчитывается количество утвердительных ответов (каждый утвердительный ответ оценивается в 1 балл, отрицательные ответы не учитываются).

10–12 баллов — свидетельствуют о высоком уровне импульсивности, неуправляемой эмоциональной возбудимости, что приводит к проблемам в деловых и личных отношениях.

5–9 баллов — свидетельствуют о присутствии признаков импульсивности.

4 балла и меньше — отсутствие импульсивности.

Методика экспресс-диагностики склонности к аффективному поведению

Инструкция:

Ответьте «да» или «нет» на приводимые ниже ситуации: как Вы чаще всего поступаете?

Текст опросника:

1 Вы долго помните оскорбления и обиды, которые вам нанесли.

2 Практически постоянно вы выясняете с кем-то отношения (либо с одним и тем же человеком, либо с разными партнерами).

3 Вам очень трудно сделать первый шаг к примирению, когда вас кто-то обидел.

4 Вы долго переживаете из-за несправедливости по отношению к себе.

5 Мелкие неприятности вы обычно рассказываете близким, ища сочувствия.

6 По несколько дней вы мысленно выясняете свои отношения с обидчиком (высказываете ему, что думаете, доказываете свою правоту и т. п.).

7 Поссорившись с близким человеком, вы можете не разговаривать с ним долгое время.

8 Вы долго переживаете случившийся с вами конфуз, допущенный промах, ошибку в работе.

9 После конфликта дома (на работе) вы бываете до того расстроены, что идти домой (на работу) вам кажется просто невыносимым.

10 Вы часто с трудом засыпаете из-за того, что проблемы прожитого или будущего дня все время крутятся в ваших мыслях.

11 Вы не в состоянии отвлечься от трудных проблем, требующих решения.

Обработка и интерпретация результатов.

Подсчитывается количество утвердительных ответов (каждый утвердительный ответ оценивается в 1 балл, отрицательные ответы не учитываются). Чем больше утвердительных ответов получено, тем более дисфункционален стереотип эмоционального поведения обследуемого.

10–11 баллов — высокий уровень аффективности, аффективность – неотъемлемая черта характера испытуемого.

5–8 баллов — аффективность свойственна испытуемому, возможно, достигла уровня тенденции.

4 балла и меньше — испытуемому не свойственны дисфункциональные аффективные состояния.

Заключение: _____

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Цели: изучить патопсихологическую характеристику шизофрении; познакомиться с теориями возникновения шизофрении; психотерапией и стратегиями преодоления стигмы шизофрении

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Определение и теории возникновения шизофрении.
2. Патопсихологическая характеристика шизофрении.
3. Психотерапия и преодоление стигмы шизофрении.

Темы для реферативных сообщений:

1. Биологические теории возникновения шизофрении.
2. Психоаналитический подход к шизофрении.
3. Концепция возникновения шизофрении Фриды Фромм-Рейхман.
4. Теория современного психоанализа о возникновении шизофрении.
5. Возникновение шизофрении согласно теории Нэнси Мак-Вильямса.
6. Когнитивный подход к шизофрении.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

Изучение структуры шизофренического симптомокомплекса

Структура шизофренического синдрома складывается из специфических особенностей познавательной, эмоциональной и мотивационной сфер.

Познавательная сфера

Познавательная сфера включает в себя изменение восприятия, внимания, памяти, мышления.

Восприятие часто является начальным признаком шизофренических изменений; оно предшествует появлению специфических особенностей мышления и эмоциональным реакциям больного. Нарушения восприятия при шизофрении легко обнаруживаются при выполнении теста Роршаха. Диссоциативный процесс проявляется на уровне восприятия продуцированием расщепленных, фрагментарных, диссоциированных образов. При выполнении теста Роршаха, больные часто отмечают три категории образов: образы дефицитарные (“человек без головы”, “пиджак без рукавов”, “тигр без хвоста”), образы диссоциативные (“раздавленное животное”, “расплющенная кошка”, “раскатанные по асфальту внутренности человека”), образы символические (“торжество справедливости”, “наказание зла”).

Внимание при шизофреническом симптомокомплексе также имеет свои специфические особенности - характерен диссонанс между большей сохранностью произвольного и заметным нарушением произвольного внимания. При исследовании произвольного внимания таблицами Шульте, можно выявить изменения объема и переключаемости произвольного внимания; отвлекаемость на посторонние раздражители, связанные с формальностью мотива; истощаемость. Непроизвольное внимание страдает меньше.

Память страдает преимущественно за счет снижения ее мотивационного компонента. При этом могут снижаться объем непосредственной памяти, нарушаться динамика мнестической функции. При исследовании непосредственного запоминания можно отметить нарушение его динамики (феномен “плато”). Например, при выполнении методики “Запоминание 10 слов” получают следующие результаты -3-5-7-7-6-7. Опосредованная память страдает в значительно большей степени вследствие нарушения функции опосредования, в силу нарушения процессов ассоциирования.

Мышление при шизофреническом симптомокомплексе в подавляющем числе случаев нарушено. Это нарушение является первичным и одним из ведущих компонентов данного патопсихологического симптомокомплекса. Нарушается функция всех основных звеньев мыслительной деятельности - операционального, динамического, мотивационного компонента, критичности. В нарушение операциональной стороны мышления входит следующее:

1. *Искажение процесса обобщения* по типу актуализации несущественных (преимущественно латентных или гиперабстрактных) признаков, а также частая опора на

второстепенные, поверхностные, личностно значимые признаки. Искажение процессов обобщения и отвращения у больных шизофренией особенно легко выявляется при исследовании по методике “Классификация”. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо по несущественным, необычным, неадекватным признакам. Например, в одну группу могут быть включены все предметы удлиненной формы, все предметы желтого цвета либо все предметы, начинающиеся на букву “К”.

2. *Нарушение (ослабление) категориального строя мышления.* В тех случаях, когда ошибочные суждения единичны, эпизодичны, можно говорить о соскальзываниях. Соскальзывания наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности. Больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки.

3. *Снижение уровня обобщения,* которое обнаруживается на более поздних стадиях развития заболевания в связи с обусловленным различными причинами нарастанием “органического” профиля изменений.

4. *Нарушение мотивационного компонента мышления* может проявляться в разных формах:

- Форма разноплановости: суждения о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях; определения и выводы не представляют собой планомерного и целенаправленного высказывания. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный).
- Форма резонерства: склонность к рассуждениям со своеобразной аффективной захваченностью, с сужением круга смыслообразующих мотивов, повышенной тенденцией к оценочным суждениям. Резонерство часто проявляется при объяснении больными смысла прочитанных рассказов.
- Нарушение критичности мышления характерно для больных на всех этапах заболевания, что является важным диагностическим признаком в случаях, когда расстройства операционального и мотивационного компонентов еще не носят развернутого характера.

Эмоциональная сфера

Нарушения эмоциональной сферы, как правило, являются неизменными спутниками шизофренического процесса. Эти нарушения могут проявляться в снижении нюансировки, динамики, адекватности эмоциональных реакций. Характерны неадекватные по амплитуде и направленности реакции на относительно стандартный стимул, выраженная эмоциональная амбивалентность, изменение параметров эмоционального ответа (повышение порога возникновения, субъективного переживания, экспрессии и пр.). Впечатление об эмоциональных особенностях обследуемого складывается в процессе самого экспериментально-психологического исследования, даже без применения специальных методик. При этом учитываются характер установления контакта с обследуемым, его отношение к ситуации исследования, интерес к оценке экспериментатором его решения. В эмоциональной сфере больных шизофренией обращает на себя внимание наличие амбивалентных элементов с одновременным проявлением противоположных по модальности переживаний - любви и ненависти, безразличия и заботы, нежности и эмоциональной холодности. При наличии выраженных патопсихологических расстройств отмечаются постепенное обеднение, оскудение эмоциональной сферы со своеобразным уплощением аффективности.

Волевая сфера

Отмечаются также нарушения в мотивационной сфере. Интересы, склонности, ценности больного перестают выполнять для него побудительную функцию. Поведение

не подчиняется значимым для личности задачам. Нарушения мотивационной сферы неизбежно приводят к нарушениям личностного смысла. У больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятыми и обусловленными реальной ситуацией знаниями человека о них.

Шизофренический симптомокомплекс

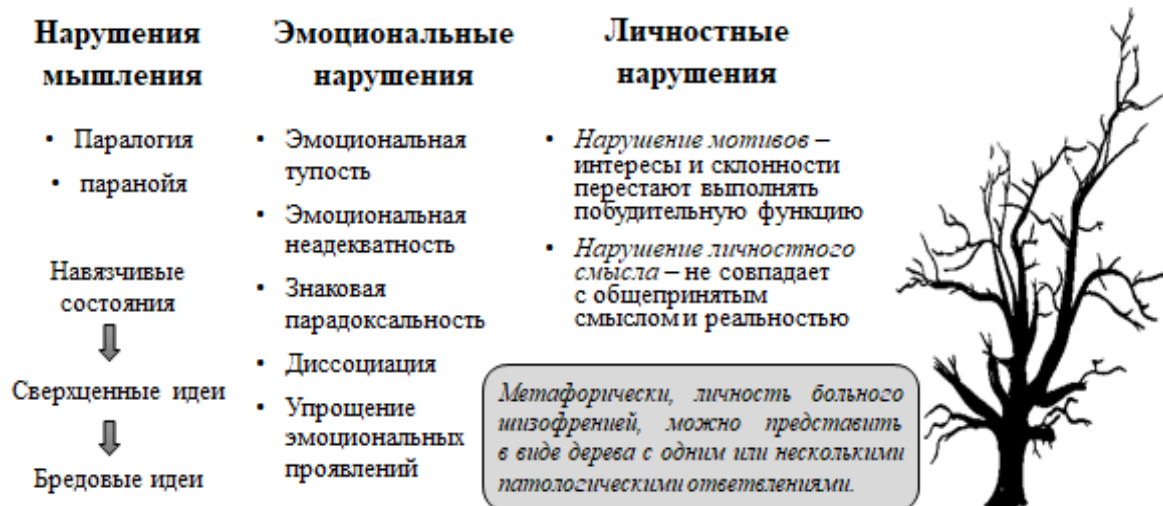


Рисунок. Основные нарушения при шизофреническом симптомокомплексе

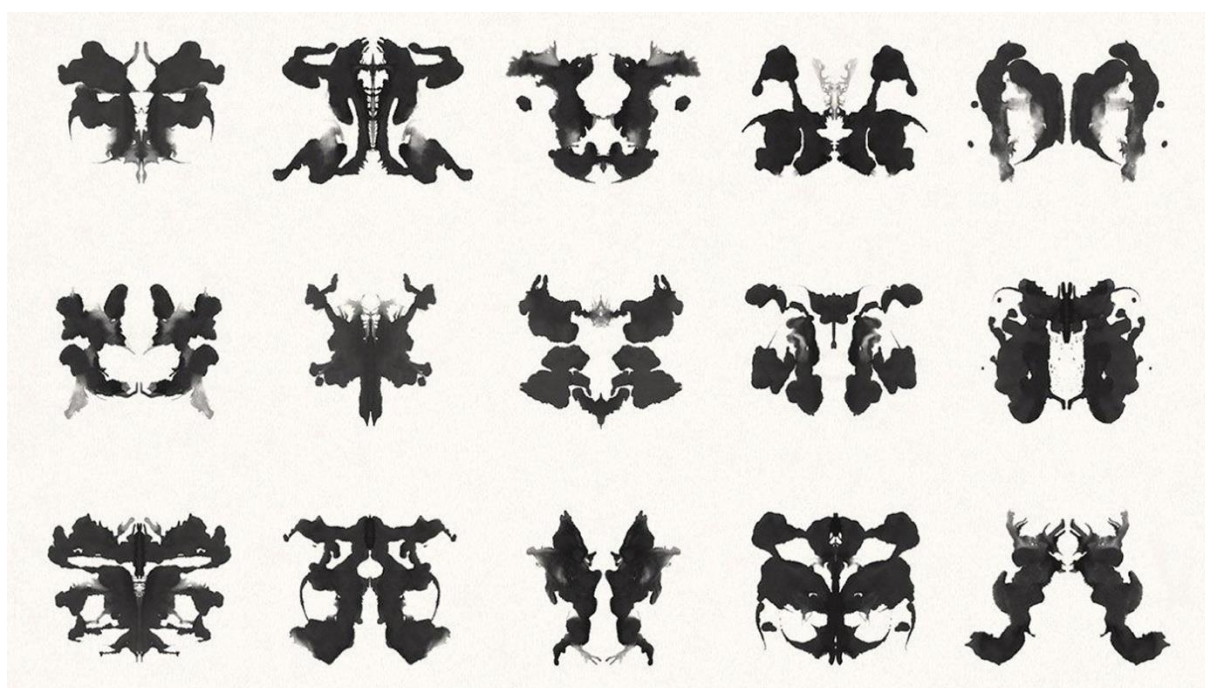


Рисунок. Тест Роршаха

Тема: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Цели: Изучить исторические аспекты возникновения зависимостей от психоактивных веществ; виды психоактивных веществ; психологические теории зависимости от ПАВ; особенности патопсихологического исследования пациентов с зависимостью от ПАВ; психологические подходы к лечению пациентов, зависимых от ПАВ. Научиться использовать патохарактерологический диагностический опросник, опросник для выявления ранних признаков алкоголизма. Изучить патопсихологическую характеристику лиц, в чьих семьях есть зависимые от ПАВ. Научиться использовать тест «Определение уровня созависимости» (адаптированный на основе тестов В.Д. Москаленко, Е. Савиной), анкеты «Определение созависимости».

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ, книга Вернона Джонсона “Как заставить наркомана или алкоголика лечиться”

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Виды ПАВ.
2. Критерии зависимости от психоактивных веществ.
3. Взгляды представителей различных направлений психологии на возникновение аддиктивного поведения.
4. Психология зависимости от ПАВ (эмоциональная незрелость, низкая толерантность к фрустрации, неумение выражать свои чувства, низкая самооценка, идея величия, перфекционизм, чувство вины).
5. Терапия зависимости от психоактивных веществ.

Темы для реферативных сообщений:

1. Биологическая теория зависимости от ПАВ.
2. Психодинамическая теория зависимости от ПАВ.
3. Социокультурная теория зависимости от ПАВ.
4. Характеристика созависимости (низкая самооценка, курс на внешние ориентиры, страдание, отказ от себя, отказ от чувств, страх, тревога, стыд, вина, гнев, затянувшееся отчаяние, навязчивые мысли, склонность к резким суждениям, мифологическое мышление, отрицание, размытые границы личности, поражение духовной сферы)
5. Родительская система созависимых.
6. Взрослые дети алкоголиков – группа множественного риска.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)

Применяется для оценки выраженности девиантных и делинквентных форм поведения, а также акцентуаций характера подростков.

Пройти тест онлайн:

<https://psytests.org/accent/mpdo-run.html?ysclid=mdj45g88o3700082453>

ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ АЛКОГОЛИЗМА (К.К. ЯХИН, В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ)

Применяется с целью выявления признаков алкоголизма и бытовых форм пьянства.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком «+» те утверждения, с которыми согласен, знаком «-» те, с которыми не согласен.

1. Принято ли у Вас хранить в доме запасы спиртных напитков?
2. Легко ли Вас переспорить?

3. Откажетесь ли Вы от затеи выпить, если у Вас не хватит немного денег?
4. Верно ли, что нужно много доказательств для убеждения людей в какой-нибудь истине?
5. Приходилось ли Вам одалживать деньги на выпивку?
6. Верно ли, что большинство людей честны лишь из-за страха на обмане попасться?
7. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства Ваших знакомых?
8. Бывает ли, что Вас иногда подмывает затеять с кем-нибудь драку?
9. Бывают ли у Вас периоды, когда Вы что-то делали, а потом не знали, что именно Вы делали?
10. Верно ли, что скандал из-за лишней рюмки часто разрушает семью?
11. Вам все равно, что о Вас думают другие?
12. Вы считаете, что «длинные» тосты мешают хорошему проведению застолья?
13. Верно ли, что жены сами часто виноваты в том, что их мужья много пьют?
14. Ваши родственники часто были настроены против Ваших знакомых?
15. Считаете ли Вы проявлением неуважения к компании, если человек отказывается от выпивки, ссылаясь на состояние своего здоровья?
16. Верно ли, что единственная интересная страница в газетах — это раздел юмора?
17. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать?
18. Оправдываете ли Вы начальство за выговор человеку, пришедшему на работу с похмелья после поминок?
19. Думаете ли Вы в разгар застолья о том, чтобы «припасти» спиртное на утро?
20. Приходилось ли Вам сожалеть (испытывать чувство неловкости) о своем поведении в нетрезвом виде, о котором Вы сами не помните?
21. Прежде чем что-нибудь сделать, Вам обычно необходимо остановиться и подумать, даже если речь идет о мелочах?
22. Может ли умеренно пьющий человек случайно попасть в медвытрезвитель?
23. Ослабевает ли у Вас желание выпить после сытного обеда?
24. Считаете ли Вы, что будущее настолько неопределенно, что бессмысленно строить какие-либо серьезные планы?
25. Играете ли Вы в домино, в шашки во дворе после работы?
26. Меняют ли Ваше настроение мысли о предстоящей выпивке?
27. Опохмеляетесь ли Вы?
28. Бывает ли, чтобы Вы не помнили наутро то, что делали в нетрезвом виде накануне?
29. Ограничиваете ли Вы гостей в выпивке у себя дома?
30. Часто ли на следующий день после выпивки Вы плохо себя чувствуете?
31. Легко ли изменить мнение, если до этого оно казалось Вам окончательным?
32. Приходилось ли Вам изредка сожалеть о том, что не хватает выпивки?
33. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
34. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
35. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?

Таблица диагностических коэффициентов

Вопрос	Да	Нет	Вопрос	Да	Нет
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	35	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	45	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	42	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	45	1,8	31	45	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Обработка: выбранные ответы анализируют на основании диагностических таблиц, суммируя полученные баллы (коэффициенты) по всем вопросам.

Интерпретация: уровень алкоголизма — ниже -12,8 балла; уровень бытового пьянства от +12,8 до -12,8; уровень здоровья — выше +12,8 балла.

Тест «Определение уровня созависимости»

(адаптированный на основе тестов В.Д. Москаленко, Е. Савиной)

Данный тест поможет нам лучше понять ваши проблемы и оказать Вам необходимую помощь и поддержку.

Прочитайте внимательно приведенные ниже утверждения и поставьте перед каждым пунктом то число, которое отражает Ваше восприятие данного утверждения:

3 — да / мне очень это свойственно;

2 — иногда/ мне мало это свойственно;

1 — нет/ мне это не свойственно.

1. Я теряюсь, когда ситуация выходит из-под моего контроля.
2. Любые мои поступки обычно воспринимаются негативно. и я привыкла оправдывать каждый свой шаг.
3. В моей семье не приняты близкие контакты и доверительные разговоры.
4. Я склонна обвинять себя во всем.
5. Я мало забочусь о себе, предпочитая заботиться о других.
6. Я не думаю о своих нуждах, все это - «потом».
7. Если я не могу справиться с ситуацией, и она выходит из-под моего контроля, я иду напролом, лишь бы попробовать удержать контроль.
8. Я отвергаю любые комплементы и похвалы, т.к. думаю, что они придуманные.
9. В своей семье вы привыкли решать все сама и не рассчитывать. на чью либо помощь.
10. Я поняла, что рассчитывать ни на кого нельзя.
11. Я не могу избавиться от переполняющих меня чувств, идущих из прошлого, таких, как гнев, страх, стыд, печаль.

12. Мне стыдно просить что-то для себя, и поэтому я ставлю себя на последнее, нередко отсутствующее вовсе, место, всех, пропуская вперед.
13. Доверять другим особенно не приходится. Если все же приходится доверять - буду проверять.
14. Я стыжусь себя такой, какая есть на самом деле.
15. Я часто ловлю себя на мысли что Я должна...
16. Я чувствую себя жертвой.
17. Я стараюсь быть своим самым беспощадным критиком. Я легко осуждаю себя. Я ничего не делаю правильно, все вечно не так.
18. Я вместо того, чтобы жить своей жизнью, я пытаюсь помогать жить другим людям.
19. Думаю, что моя жизнь никуда не годится.
20. Я чувствую обиду на своих родителей за свое детство.
21. Часто мне приходится невозможные, неприемлемые ситуации делать приемлемыми и как-то все устраивать. От этого я чувствую, что я нужна, и что я смогла, справилась, я молодец.
22. Когда я так забочусь обо всех вокруг, у меня есть тайная мысль, что кто-то обо мне позаботится. Я не могу сама позаботиться о себе. Я не думаю о своих нуждах, все это - «потом».
23. Мне очень трудно принимать решения Я очень боюсь совершить ошибку.
24. Я люблю, когда все идет по порядку. Неожиданности меня раздражают. Лучше уж я сама буду вести дела.
25. Я получаю искусственную чувственную подпитку своей самооценки, помогая другим.
26. В моей семье имеют место частые скандалы и ругань с близкими людьми.
27. Я чувствую себя ответственной за все, и это мой плюс.
28. В прошлом была жертвой физической, сексуальной агрессии либо эмоционально жестокого обращения.
29. Я считаю, что если только мне удастся изменить своего ближнего, то в моей жизни все будет хорошо.
30. Я пытаюсь вмешиваться в жизнь других, даю советы и хочу, чтобы они их выполняли.
31. Я верю, что ничего хорошего у меня не произойдет.
32. Когда меня просят о помощи, я не могу сказать «нет». Мой отказ означает, что я плохая, эгоистичная, бессердечная. В моей семье я помогаю всем и забочусь обо всем.
33. Я часто чувствую себя беспомощной. Что бы я ни делала, лучше не становится.
34. Я ставлю себя в такое положение, что быть нужной другим.
35. Мне трудно быть в обществе многих людей. Мне спокойнее, если я один на один с человеком, тогда я понимаю, как он ко мне относится, и. если что не так. могу это поправить.
36. Думаю, что я не заслужила счастья и вообще чего-нибудь хорошего.
37. В моей семье не принято выражать свои чувства физически (обнимать, целовать), говорить о чувствах.
38. В семье я нередко принимаю обвинения, соглашаюсь с ними, просто для того, чтобы прекратить разбирательство. Я знаю, что, в конечном счете, я сама во всем виновата.
39. Я путаю любовь с жалостью и думаю, что люблю людей, которых на самом деле мне хочется жалеть и спасать.
40. В моей семье конфликт означает крик. Это оскорбления, а может быть, и насилие

41. Я стараюсь не быть слишком эмоциональной. Мне надо сдерживать свои чувства, потому что я могу потерять контроль над собой.

42. Думаю, что другие люди не могут симпатизировать мне и любить меня.

43. Испытываю сильное чувство пониженной самооценки (замешательство, неудачу, поражение и т.д.), если мне не удастся решить проблемы других.

44. Я стараюсь быть своим самым беспощадным критиком. Я легко осуждаю себя. Я ничего не делаю правильно, все вечно не так.

45. Я часто бываю одинокой в компаниях и на праздниках. Мне трудно общаться со всеми, веселиться.

Уровень созависимости:

110–135 — высокий уровень созависимости;

110–70 — средний уровень созависимости;

70–45 — выраженной созависимости не выявлено.

Ключи к результатам по блокам

Желание контролировать (вопросы 1; 7; 13; 18; 24; 30; 35; 41): 19–25 — ярко выраженная уверенность в том, что может контролировать как свое поведение, так и поведение близкого человека, страдающего зависимостью. Страх потери контроля.

13–18 — желание контролировать, как способ борьбы с зависимостью. Высказывание угрозы, которые фактически и не приводится в исполнение.

8–12 — контролирующее поведение выражено слабо.

Самооценка (вопросы 2; 8; 14; 19; 25; 31; 36; 42):

19–25 — заниженная самооценка, полная зависимость от внешних оценок, от взаимоотношений с другими.

13–18 — склонности к заниженной самооценки. Человек больше склоняется к тому что, в нем мало хорошего, самокритичен; 8–12 — адекватная самооценка.

Чувство ответственности (вопросы 4; 10; 15; 21; 27; 32; 38; 43): 19–25 — берут на себя ответственность за других, при этом совершенно безответственны в отношении собственного благополучия. Чувство ответственности очень велико, человек чувствует ответственность за все происходящие;

13–18 — человек берет часть ответственности на себя, косвенно чувствуя вину за происходящие с зависимым близким, но периодически пытается удовлетворять свои нужды;

8–12 — умеренное чувство ответственности, Ставит интересы других членов семьи выше интересов больного. Не отказывается от своих интересов или находит новые интересы.

Под знаком жертвы (вопросы 5; 11; 16; 22; 28; 33; 39; 44):

1–25 — подчиняет свои потребности к нуждам зависимого и занимает положение жертвы;

1–18 — не осознанное желание жертвовать собой;

8–12 — человек не чувствует себя жертвой.

АНКЕТА

«Определение созависимости»

Данная анкета поможет нам лучше понять Ваши проблемы и оказать Вам необходимую помощь и поддержку.

Часть А. Тест на созависимость

оценка себя в баллах:

3 — мне очень свойственно;

2 — мне мало свойственно;

1 — мне совсем не свойственно.

1. Я вырос (ла) в проблемной семье, где эмоции подавлялись.

2. Я отрицаю, что вырос (ла) в проблемной семье.

3. Я склонна обвинять себя во всем.
4. Я пытаюсь вмешиваться в жизнь других, беру на себя ответственность за то, как другие думают, чувствуют, выглядят, действуют и ведут себя в жизни.
5. Я склонна сердиться, когда другие критикуют и обвиняют меня.
6. Я отвергаю комплименты и похвалы.
7. Я впадаю в депрессию из-за недостатка комплиментов и похвал.
8. Я думаю, что я не очень хороша.
9. Я в прошлом была жертвой физической, сексуальной агрессии либо эмоционально жестокого обращения.
10. Я чувствую себя жертвой.
11. Я очень боюсь совершить ошибку.
12. Я удивляюсь, почему мне так трудно принимать решения.
13. Я непременно стремлюсь делать все исключительно хорошо, безупречно.
14. Я меня в языке великое множество «Я должна...»
15. Я часто и глубоко переживаю чувство вины.
16. Я стыжусь себя такой, какая я есть на самом деле.
17. Думаю, что моя жизнь никуда не годится.
18. Вместо того, чтобы жить своей жизнью, я пытаюсь помогать жить другим людям.
19. Я получаю искусственную чувственную подпитку своей самооценки, помогая другим.
20. Испытываю сильное чувство пониженной самооценности (замешательство, конфуз, провал, неудача, поражение и т.д.), если мне не удастся решить проблемы других.
21. Я верю, что ничего хорошего у меня не произойдет.
22. Думаю, что я не заслужила счастья и вообще чего-нибудь хорошего.
23. Думаю, что другие люди не могут симпатизировать мне и любить меня.
24. Я пытаюсь доказывать другим, что я-хорошая.
25. Я ставлю себя в такое положение, чтобы быть нужной другим.

25–44 баллов: у вас хорошая самооценка, есть богатый ресурс для духовного роста, выраженной созависимостью вы не страдаете.

45–64: вы ранимая личность, склонны к пониженной самооценке. Вам необходимо работать над преодолением своей созависимости.

65–75: у вас выражены признаки созависимости, вам настоятельно необходимо избавляться от созависимости. Вам грозит вероятность оказаться в проблемном браке.

Часть Б. Вопросы первичной анкеты

По какой причине Вы обратились за помощью?

- А. Пьянство жены, мужа, сына, дочери, друга (нужное подчеркнуть).
- Б. Проблема с наркотиками у _____
- В. Проблемы с собственным здоровьем.
- Г. Другие причины (укажите какие).

1. Обращались ли Вы за помощью в другие учреждения и организации?

- А. Нет.
- Б. Да (укажите куда) _____

2. Нуждаетесь ли Вы сами в помощи?

- А. Да, в консультации.
- Б. Да, в общении с людьми, оказавшимися в таком же положении.
- В. Нет. Не нуждаюсь, помощь нужна моему близкому.

3. Вы считаете, что в болезни Вашего близкого виноваты:

- А. он сам.
- Б. Вы.
- В. Друзья.
- Г. Родственники.

Д. _____

4. Какие чувства Вы испытываете, размышляя о будущем зависимого: _____

О своем будущем _____

5. Какие действия Вы предпринимали для того, чтобы зависимый близкий перестал употреблять алкоголь / наркотики?

6. Какие чувства Вы испытываете по отношению к своему зависимому близкому? _____

7. Думаете ли Вы, что своим поведением можете провоцировать употребление близким алкоголя /наркотиков?

8. В какой именно помощи Вы нуждаетесь в данный момент больше всего?

- А. В информации по проблеме.
- Б. Хочу познакомиться с людьми, оказавшимися в таком же положении.
- В. Улучшить состояние своего эмоционально-психологического здоровья.
- Г. Добиться того, чтобы мой близкий — зависимый захотел пройти курс лечения-реабилитации.
- Д. Научиться помогать другим созависимым.
- Е. Нуждаюсь в помощи специалистов (нарколога, психотерапевта, психолога, юриста, терапевта) (нужное подчеркнуть).

9. Где вы узнали об услуге социального сопровождения:

- А. В интернете.
- Б. Информационный флаер.
- В. Реклама на телевидении.
- Г. Другое (укажите) _____

Тема: НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Цели: Изучить психиатрическую и психологическую классификацию нарушений психического развития; определить понятие «задержка психического развития», виды задержек; умственная отсталость. Изучить структуру психопатологического синдрома при задержке развития и при умственной отсталости. Иметь понятие о структуре патопсихологического синдрома при раннем детском аутизме (РДА), разновидностях РАД, психологических концепциях РДА; психологической помощи детям РАД и членам их семей.

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Структура патопсихологического синдрома при раннем детском аутизме
2. Классификация нарушений психического развития.
3. Умственная отсталость и ранний детский аутизм. Патопсихологическая характеристика.
4. Диагностика нарушений психического развития и организация психологической помощи.

Темы для реферативных сообщений:

1. Родительская система созависимых.
2. Психологическая помощь детям РАД и членам их семей

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

1. Решение ситуационных задач:

Задача 1. Максим Л., 7 лет. Обратилась мать с жалобой на странности в поведении и задержку в формировании речи. Со слов матери: «Раннее развитие без особенностей, ребенок родился в срок, с нормальным весом и ростом». Отказывался брать грудь, долго не формировался «комплекс оживления». Несмотря на это, в эпикризные педиатрические сроки укладывался, первые слова появились в восемь месяцев, навыки ходьбы - в год и месяц. Дошкольное образовательное учреждение ребенок не посещает, был на надомном воспитании. В настоящее время у ребенка присутствует фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, себя называет «ты» или «Максим», мать может назвать «я». Из вопросов часто употребляет только «где?».

Комментирует все события, происходящие с ним, свои желания и действия. В речи часто использует неологизмы, недоступные для понимания другим людям: «Чурляка», «Небияк» и т. д. Похожие по звучанию новые слова, не интересуясь содержанием, может стереотипно повторять в течение нескольких дней.

Моторика развита плохо, часто наблюдаются стереотипные действия в виде раскачивания, переступания с ноги на ногу. Рисует одинаково правой и левой рукой, иногда двумя сразу. Карандаш удерживает в кулаке.

Навыки самообслуживания сформированы (сам ест, одевается). Выражена избирательность в еде, демонстрирует страх перед новой пищей. Максим боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми. Мать озабочена такими особенностями ребенка. Она хотела бы решить вопрос о форме и месте обучения. Ребенок умеет читать, считать до ста, легко читает трехзначные числа.

При патопсихологическом обследовании взаимодействие с ребенком удается наладить лишь в процессе совместного рисования. До этого он ходит по кабинету, дострагивается до предметов и мебели, обследует их. Игрушки время от времени лижет. На нахождение в комнате психолога никак не реагирует. В ходе совместного рисования называет тему своего рисунка: «Максим рисовать ежей» - и рисует без остановки на пяти листах одинаковых ежей. Возможно рисование по просьбе экспериментатора. Прочие задания не выполняются, выражены реакции пассивного протеста. Возможно выполнение элементарных инструкций: «Дай руку», «Положи игрушку». Зрительного контакта с психологом нет, на прикосновения - реакция избегания.

Рисунки, с точки зрения ребенка неудачные, он тут же рвет и бросает обрывки в определенный угол кабинета; удачные вырезает и пытается прилепить на стену кабинета. За помощью не обращается ни к психологу, ни к матери.

Какой тип нарушения психического развития возможен в данном случае?

Задача 2. Максим Д. 4 года. Родители обратились к психологу по инициативе воспитателя детского сада в связи с недоразвитием речи. Из беседы с мамой установлено, что папа и его брат начали разговаривать в возрасте четырех-пяти лет. Беременность протекала с токсикозом, роды без патологии. Раннее развитие без особенностей. Понимает обращенную речь, выполняет просьбы взрослых, но сам издает лишь отдельные звуки, общается жестами. С трех лет посещает детский сад. Там быстро адаптировался, подолгу играет с детьми, пытается говорить с ними, но общается в основном при помощи жестов. Когда его не понимают - плачет и дерется. Игровая деятельность соответствует возрасту.

При психодиагностическом обследовании, проведенном детским патопсихологом, выявлена хорошая невербальная память, способность к установлению связи и

последовательности событий, простым обобщениям. Самооценка занижена. Выражена эмоциональная реакция и потребность в общении. Для общения со взрослым ребёнок использует отдельные звукосочетания, жесты, мимику. Пассивный словарный запас превалирует над активным.

Какой тип нарушенного развития имеется в данном случае?

2. Просмотр и обсуждение фильма **Человек дождя (1988 год, США)**

Список рекомендуемых к просмотру фильмов:

1. Звёздочки на Земле (2007)
2. Тэмпл Грандин (2010)
3. Я — Сэм (2001)
4. Меня зовут Кхан (2010)
5. Рай океана (2010)
6. Мозг Юго (2012)
7. Антон тут рядом (2012)
8. Мальчик, который умел летать (1986)
9. Мост (сериал, 2011–2018)

Тема: КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Цели: Изучить теоретические вопросы кризисной психотерапии, схему индивидуальной кризисной психотерапии,

Материальное оснащение: методические указания для выполнения практических работ.

Вопросы для самоподготовки и аудиторного контроля:

1. Кризисная психотерапия.
2. Принципы и задачи кризисной психотерапии.
3. Схема индивидуальной кризисной психотерапии.
4. Индивидуальная кризисная психотерапия.
5. Групповая кризисная психотерапия.
6. Телефонное консультирование.

Темы для реферативных сообщений:

1. История создания телефона доверия.
2. Кризисная психотерапия при чрезвычайных ситуациях и стихийных бедствиях

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

Оцените ситуацию, происшедшую в центре Телезаботы:

Консультант:

— Это Телезабота. Чем я могу Вам помочь?

Абонент:

— Вы можете кое-что передать своим сотрудникам? Поблагодарите их от меня за все, что они для меня сделали.

Консультант:

— Я сделаю это. А чем-то еще я могу Вам помочь?

Абонент:

— Нет, слишком поздно. Я уже начал действовать. Я вешаю трубку.

Консультант:

— Пожалуйста, не кладите трубку. Может быть, мы сможем немного поговорить. Может Вы мне расскажите о Вашей беде.

Абонент:

Нет, я уже предпринял шаги, чтобы все устроить. Скоро я усну.

Консультант:

Это будет хороший сон?

Абонент:

Я просплю долго. Вы ничем не сможете мне помешать. Я один.

Консультант:

Я тоже одна. Мне бы хотелось еще немного поговорить.

Абонент:

Вы можете меня найти?

Консультант:

Это невозможно, но если Вы скажете мне где Вы находитесь, я уверена, что мы сможем Вам помочь... Пожалуйста.

Абонент:

Я должен идти. У меня сильное кровотечение и я скоро усну, мне не нужна помощь. Я сам знаю как лучше.

Консультант:

Вы добрый человек. Вы позвонили, чтобы поблагодарить нас.

Вам ведь не захочется, чтобы Ваши друзья здесь почувствовали, что подвели Вас.

Абонент:

Но вы не повели меня. Спасибо. Я должен выбраться отсюда.

Консультант:

Ну расскажите мне, где Вы. Я уверена, что мы сможем Вам помочь.

Абонент:

Слишком поздно. (Абонент повесил трубку).

Представьте себе, что Вы телефонный консультант и участвуете в этом разговоре.

Что бы Вы чувствовали во время разговора?

Что бы могли сказать или сделать иначе?

Не принимая во внимание возможности другого подхода, как бы Вы поступили в случае того же конечного результата?

Назовите методы, которые продемонстрированы консультантом в следующих случаях:

№ 1

Абонент: Я пытался убедить мою партнершу пойти на консультацию, но она не хочет, она считает, что я один во всем виноват.

Консультант: Похоже, что вы сделали все зависящие от вас, чтобы убедить ее с кем-то встретится, но она лишь обвиняет вас во всех сложностях ваших отношений.

Абонент: Не только обвиняет, она насмехается надо мной, и сказала моим друзьям, что мне надо сходить к психиатру. Это так унижительно! Я так стараюсь, а она над всем этим потешается.

Консультант: Итак, когда вы раскрываетесь и говорите то, что думаете, она ставит вас в неловкое положение перед друзьями.

Ответ; _____

№ 2

Абонент: Он просто не представляет себе, как это больно. Я хочу доверять ему, но я больше не могу. Он столько раз меня подводил.

Консультант: Тяжело продолжать доверять кому-либо, если ты знаешь, что он не выполнит твоих обещаний.

Абонент: Тяжело продолжать доверять, но тяжело и жить с человеком, которому ты не доверяешь.

Консультант: Вы пытаетесь реалистично оценить то, что сейчас происходит и в то же время цепляетесь за надежду, что он изменится и вы снова ему сможете доверять. Как вам кажется, что будет дальше?

Ответ; _____

№ 3

Абонент: Он вечно изводит меня, требует близости и угрожает вышвырнуть меня вон, если я откажусь.

Консультант: Ваш приятель изводит вас?

Абонент: Нет, домовладелец. Он думает, что такими угрозами сможет заставить меня.

Консультант: Вы говорите, что ваш приятель подвергает вас насилию, а домовладелец требует близости.

Абонент: Да, мне надо, чтобы этот малый от меня отвязался.

Консультант: Кого вы имеете в виду: Вашего приятеля или домовладельца... или обоих?

Ответ; _____

№ 4

Абонент: У меня нет дома, нет денег, нет друзей, моя семья со мной не разговаривает и машина моя сломалась. Если я опоздаю, я потеряю работу, а моя характеристика на работе не из лучших. Моя партнерша сидит с детьми и не раз била их. Если бы моя мама узнала, как я живу! Она и так считает меня дрянью из-за того, что я лесбиянка. Она очень правильно воспитывалась, да и меня воспитывали также, Боже мой!

Консультант: Давайте на минутку остановимся и поймем, что произошло. У вас мало денег, и вы не ждете ни от кого поддержки. Вы боитесь опоздать на работу и потерять ее. Вы боитесь, что ваша партнерша причинит вред вашим детям. У вас сложности с мамой, которая критиковала ваш образ жизни. Это все существует одновременно, а за время этого разговора мы, наверное, сумеем обсудить самые неотложные и важные проблемы. Что вы считаете самым важным сейчас?

Ответ; _____

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: учебник для студентов учреждений высшего образования по психологическим специальностям / Ю.Г. Фролова. — 2-е изд., испр. — Минск: Вышэйшая школа, 2020. — 431, [1] с.: ил., табл. — Библиогр.: с.418–428.

Дополнительная литература:

2. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология учеб. для студентов учреждений высш. образования по психологическим спец. / Ю.Г. Фролова. — Минск: Вышэйшая школа, 2016. — 431 с.
3. Дереча, В.А. Психология, патопсихология и психопатология личности: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по гуманитарным и медицинским направлениям / В.А. Дереча. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Юрайт, 2022. — 250, [2] с.: табл. — (Высшее образование). — Библиогр.: с. 234–251: Книга доступна на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru, а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека».
4. Патопсихология: учебно-методический комплекс по учебной дисциплине для специальности (направление специальности) 1-23 01 04 Психология, В. А. Каратерзи, Д.В. Алексеёнок; сост.: В.А. Каратерзи, Д.В. Алексеёнок; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова», Фак. социальной педагогики и психологии, Каф. прикладной психологии. — Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2016. — 75 с.
5. Медицинская психология: курс лекций / [сост. Т.Ю. Крестьянинова, М.М. Морозанова]. — Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2024. — 155, [1] с.

Учебное издание

**МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
(ОБЩИЕ ВОПРОСЫ. ПАТОПСИХОЛОГИЯ)**

Методические рекомендации
к выполнению практических работ

Составители:

КРЕСТЬЯНИНОВА Татьяна Юрьевна
МОРОЖАНОВА Мария Михайловна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Л.В. Рудницкая

Подписано в печать 14.10.2025. Формат 60х84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 2,77. Тираж 45 экз. Заказ 113.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.