Тематический план самостоятельной работы студента по дисциплине «Диагностика и коррекция аномалий поведения в период подросткового кризиса» для обучающихся по специальности Клиническая психология на 2023-2024 учебный год

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
1.	**Базальная система эмоциональной регуляции.**[1] *Факторы, определяющие эмоциональные нарушения по В.В. Лебединскому.* Взаимодействие с окружающим миром, реализация потребностей человека могут происходить на разном уровне активности и глубины аффективного контакта со средой. Эти уровни в соответствии со сложностью стоящей перед субъектом поведенческой задачи требуют разной степени дифференцирования аффективной ориентировки и разработки механизмов регуляции поведения. Наиболее значимой является граница, отделяющая физиологические напряжение, свойственное нормальному процессу, от патологического, ведущего к невосполнимым энергетическим тратам. Сильное патологическое напряжение представляет опасность для всего организма, энергетические возможности которого ограничены. Можно думать, что система эмоциональной регуляции «держит руку» на пульсе энергетического баланса организма и в случае опасности она посылает сигналы тревоги, интенсивность которых увеличивается по мере нарастания угрозы организму.[2]	3
2.	**Уровни базальной системы эмоциональной регуляции.**[1] *Психотехнические приемы стабилизации эмоционального состояния и уровневый подход В.В. Лебединского.* В ходе психического развития происходит присвоение культурных психотехнических приемов стабилизации аффективной жизни, использующих средства четвертого уровня. Они встречаются уже в самых древних способах влияния на аффективную жизнь человека. Так по древним обычаям для укрепления веры в успех предстоящего предприятия (с/х работ, охоты, войны и т. п.) ему предшествовало проигрывание ритуала действий, обеспечивающих этот успех. В основе самых древних форм фольклора аффективно утверждаются неизбежность торжества добра над злом, хорошего над плохим, возможности сопереживания радости и сострадания, жалости. Отсюда эти тенденции распространяются на классическое и современное искусство, исходно определяя его гуманистическую направленность, а так же религию. Так в самых древних своих формах вера в существование высшего, одушевленного повелителя стимулирует уверенность в стабильности отношений с внешним миром, которую можно сохранить, соблюдая аффективные правила контакта с ним.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
3.	**Уровневый подход к патологии эмоциональной системы: явления гиперфункции отдельных уровней.**[1] *Гиперфункция отдельных уровней и аномальное поведение.* Чрезмерное усиление четвертого уровня тоже может привести к *функциональному распаду* смысловых отношений. Потеря четвертым уровнем равновесия в разрешении смысловых и тонических задач подчиняет принципу удовольствия действие всех базальных уровней. Так, огромная потребность общения делает субъекта неизбирательным в контактах. Входя в любое случайное сообществе он стремится извлечь из ситуации контакта максимальное удовольствие, почувствовать одобрение, симпатию. Он легко заражается эмоциональным состоянием других и начинает подражать им. В то же время, попадая под новое влияние, он проявляет такую же внушаемость и также искренне соглашается, обещает и вызывает сочувствие. Понятно, что обещаний он, конечно, не выполняет. Формируется характерный тип дефицитарности поведения: не проявляя последовательность и настойчивость в осуществлении каких-либо собственных целей, субъект действует всегда соответственно непосредственной эмоциональной оценке окружения. Попадая под влияние асоциального окружения, он может легко совершать и асоциальные поступки.[2]	3
4.	**Уровневый подход к патологии эмоциональной системы: явления гипофункции отдельных уровней.**[1] *Пространственные страхи уровневый подход В.В. Лебединского.* Гипофункция первого уровня определяет малую выносливость и низкий порог аффективного дискомфорта в оценке интенсивности воздействия. Снижение порога аффективного дискомфорта может привести к постоянной неадекватной оценке субъектом безопасности своего положения в пространстве. Таким может быть механизм возникновения страха пространства. Он может проявиться как боязнь высоты, закрытых помещений (клаустрофобия), больших открытых пространств (агарофобия) и т. п. При этом он выражается не просто в дазадаптации одного низшего уровня, но создает выраженную аффективную перегрузку, хрупкость этой системы аффективной организации.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
5.	**История развития психоанализа. Основные концепции и принципы психоанализа. Структура личности.**[1] *Исследования психоанализа в области сексуальной патологии в пубертатном периоде.* Мы уже отмечали, что фазы человеческой жизни, характеризующиеся возрастанием либидо, чрезвычайно важны для аналитического исследования ид. Благодаря повышенному катексису желания, фантазии и инстинктивные процессы, которые в другие периоды остаются незамеченными или заключены в бессознательное, всплывают в сознании, преодолевая при необходимости препятствия, поставленные на их пути вытеснением, и становятся доступными для наблюдения, когда они прокладывают себе путь к выходу. Важно сосредоточить внимание на периодах возросшего либидо и на исследовании эго. Как мы видели, косвенным следствием усиления инстинктивных импульсов является удвоение усилий индивида по овладению инстинктами. Общие тенденции в эго, которые в периоды спокойствия инстинктивной жизни едва заметны, становятся яснее очерченными, и выраженные механизмы эго латентного периода или взрослой жизни могут оказаться настолько преувеличенными, что приводят к патологическим искажениям характера. Из различных установок, которые эго может принять по отношению к инстинктивной жизни, выделяются две. Акцентуируясь в пубертате, они поражают наблюдателя своей силой и объясняют некоторые из характерных особенностей этого периода. Я имею в виду аскетизм и интеллектуальность в подростковом возрасте.	3
6.	**Развитие личности: психосексуальные стадии. Природа тревоги. Защитные механизмы эго.**[1] *Аутоагрессивное поведение подростков с позиций психоанализа.* Подростки исключительно эгоистичны, считают себя центром Вселенной и единственным предметом, достойным интереса, и в то же время ни в один из последующих периодов своей жизни они не способны на такую преданность и самопожертвование. Они вступают в страстные любовные отношения лишь для того, чтобы оборвать их так же внезапно, как и начали. С одной стороны, они с энтузиазмом включаются в жизнь сообщества, а с другой – они охвачены страстью к одиночеству. Они колеблются между слепым подчинением избранному ими лидеру и бунтом против любой и всяческой власти. Они эгоистичны и материалистичны и в то же время преисполнены возвышенного идеализма. Они аскетичны, но внезапно погружаются в распущенность самого примитивного характера. Иногда их поведение по отношению к другим людям грубо и бесцеремонно, хотя сами они неимоверно ранимы. Их настроение колеблется между сияющим оптимизмом и самым мрачным пессимизмом. Иногда они трудятся с неиссякающим энтузиазмом, а иногда медлительны и апатичны». Так живо и чувственно описывала пубертаный период в жизни человека Анна Фрейд, основательница детского психоанализа.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
7.	**Индивидуальная теория личности Альфреда Адлера: основные концепции и принципы. Чувство неполноценности и компенсация; стремление к превосходству; стиль жизни; социальный интерес; творческое «Я»; порядок рождения; фикционный финализм. Природа невроза по А. Адлеру.**[1] *Соматические заболевания и компенсация по Альфреду Адлеру.* Адлер считал, что у каждого человека происходит заболевание именно того органа, который был менее развит, менее успешно функционировал и, в целом, был «неполноценным» от рождения. Так, например, некоторые люди рождаются с тяжелой аллергией, что может привести к повреждению, скажем легких. Эти люди могут страдать частыми бронхитами или инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей. Адлер впоследствии наблюдал, что люди с выраженной органической слабостью или дефектом часто стараются компенсировать эти дефекты путем тренировки и упражнений, что нередко приводит к развитию выдающегося мастерства или силы: «Почти у всех выдающихся людей мы находим дефект какого-либо органа; складывается впечатление, что они очень страдали в начале жизни, но боролись и преодолели свои трудности».[2]	3
8.	**Социокультурная теория личности Карен Хорни: основные концепции и принципы. Развитие личности. Базальная тревога: этиология неврозов. Невротические потребности, как стратегии компенсации базальной тревоги.**[1] *Аномальное поведение подростков с позиции социокультурной теории К. Хорни.* Основным результатом дурного обращения со стороны родителей является развитие у ребенка установки *базальной враждебности*. В этом случае ребенок оказывается между двух огней: он зависит от родителей и в то же время испытывает по отношению к ним чувства обиды и негодования. Этот конфликт приводит в действие такие защитные механизмы, как вытеснение. В результате поведение ребенка, не ощущающего безопасности в родительской семье, направляется чувствами беспомощности, страха, любви и вины, выполняющими роль психологической защиты, цель которой – подавление враждебных чувств по отношению к родителям, чтобы выжить. Подавленные чувства негодования и враждебности, причиной возникновения которых являются родители, не существуют сами по себе: они проявляются во всех взаимоотношениях ребенка с другими людьми как в настоящем, так и в будущем. В подобном случае говорят, что у ребенка наблюдается *базальная тревога*, «ощущение одиночества и беспомощности перед лицом потенциально опасного мира». Базальная тревога – это интенсивное и всепроникающее ощущение отсутствия безопасности – является одной из основополагающих концепций К. Хорни.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
9.	**Эго-психология Э. Эриксона, как результат развития психоанализа.**[1] *Подход Э. Эриксона к аномальному поведению подростков, как следствию кризиса идентичности.* Неспособность юных достичь личной идентичности приводит к тому, что Эриксон назвал *кризисом идентичности*. Кризис идентичности, или ролевое смешение, чаще всего характеризуется неспособностью выбрать карьеру или продолжить образование. Многие подростки, страдающие от специфичного для этого возраста конфликта, испытывают пронзительное чувство своей бесполезности, душевного разлада и бесцельности. Они ощущают свою неприспособленность, деперсонализацию, отчужденность и иногда подростки кидаются в сторону «негативной» идентичности – противоположной той, что настойчиво предлагают им родители и сверстники. В этом ключе Эриксон интерпретирует некоторые виды отклоняющегося поведения. Однако неудачи в достижении личной идентичности не обязательно обрекают подростка на нескончаемые поражения в жизни. Эриксон подчеркивал, что жизнь – это постоянные изменения. Благополучное разрешение проблем на одной жизненной стадии не дает гарантии, что они не появятся вновь на следующих стадиях или что не будет найдено новое решение старых проблем. Эго-идентичность – это борьба «на всю жизнь».[2]	3
10.	**Эпигенетический принцип Э. Эриксона. Развитие личности: психосоциальные стадии.**[1] *Э. Эриксон о воздействии Средств массовой информации, с элементами контркультуры, на идентификацию молодежи.* Эриксон обращал внимание на то, как чрезмерная идентификация с популярными героями или представителями контркультуры вырывают «расцветающую идентичность» из ее социального окружения, тем самым подавляя личность и ограничивая растущую идентичность. Кроме того, поиск идентичности может быть более трудным процессом для определенных групп людей: дискриминация по половому, национальному, социальному признаку. Уязвимость подростков для стрессов, сопровождающих резкие социальные, политические и технологические изменения, Эриксон рассматривал как фактор, который также может серьезно мешать развитию идентичности. Подобные изменения, в совокупности с современным информационным взрывом способствуют возникновению чувства неопределенности, тревоги и разрыва связей с миром. Они представляют угрозу и для многих традиционных и привычных ценностей, которые подростки усвоили еще в детстве. Эриксон объясняет социальный протест молодежи ее попыткой построить собственную систему ценностей, чтобы найти те цели и принципы, которые придадут смысл и направленность жизни их поколения.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
11.	**Этиология эмоциональных нарушений у подростков. Медикобиологические и психо-социальные факторы, лежащие в основе нарушений поведения у подростков.**[1] *Возрастные нормативы эмоционального развития детей и подростков.* Многие авторы дают определение стадий развития в соответствии с возрастными периодами. Наиболее известны модели развития, предложенные Зигмундом Фрейдом и Жаном Пиаже. Современная психопатология развития отходит от фазовых моделей развития в сторону процессуальных моделей, которые подтверждают эти взаимодействия между индивидом и всем многообразием средовых воздействий и социальным окружением. При этом индивид рассматривается одновременно как активный участник собственного развития.[2]	3
12.	**Синдром детской нервности. Характерологические и патохарактерологические реакции. Синдром детских страхов. Фантазирование в норме и патологии. Дисморфофобии и дисморфомании. Анорексия и булимия.**[1] Как правило, у детей с перинатальной патологией в первые годы жизни отмечаются нарушения сна, возбудимость, приступообразные головные боли, повышенная утомляемость. В дошкольном возрасте у таких детей отмечаются невысокая инициативность, быстрая утомляемость, плаксивость. Астенические расстройства продолжают проявляться в младшем школьном возрасте в виде неусидчивости, быстрой утомляемости, нарушениях сна и др. Влияние Средств массовой информации и явление анорексии, дисморфофобии и дисморфомании в подростковом возрасте. Психологические факторы возникновения дисморфофобии. *Дразнение или критика:* Было предположено, что дразнение или критика относительно внешности могло играть способствующую роль для начала дисморфофобии. Хотя маловероятно, что дразнение вызывает дисморфофобию, так как большинство людей дразнили в какой-то момент их жизни, тем не менее это может действовать как спусковой крючок для людей, которые генетически предрасположены. Приблизительно 60 % людей с дисморфофобией сообщают, что их часто или постоянно дразнили в детстве. *Стиль/манера воспитания:* так же как дразнение, стиль воспитания может способствовать началу заболевания, например, родители людей, которые придают чрезмерное значение/делают чрезмерное ударение на эстетической наружности. __Факторы, относящиеся к окружающей среде. Была выдвинута теория, что воздействия со стороны средств массовой информации могут способствовать развитию дисморфофобии, например, эффектные/гламурные модели и подразумеваемая необходимость эстетической красоты. Наиболее частыми нарушениями поведения в подростковом возрасте являются нервная анорексия и булимия. Нервная анорексия (пубертатное стремление к похудению) характеризуется чрезмерным стремлением к стройности, при котором пониженный вес и опасность для собственного здоровья долгое время отрицаются. Типичным для нервной булимии является постоянное внимание к своей фигуре и весу; фазы диеты прерываются неконтролируемыми приступами переедания.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
13.	**Аффективные расстройства. Депрессивные эпизоды. Маниакальные эпизоды. Биполярное расстройство. Хронические аффективные расстройства. Этиология и патогенез. Психотерапия. Динамика и прогноз.**[1] Психотерапия. При психотерапии депрессивных синдромов (особенно реактивных и невротических депрессий) в последние годы использовались современные формы поведенческой терапии с применением когнитивных аспектов. Они обещают быть успешными. При этом надо учитывать следующие элементы: формирование толерантных отношений, устранение травмирующих когнитивных образований (мыслей и представлений), построение и стимулирование положительных жизненных отношений и социальных контактов. Успешность когнитивно-поведенческой терапии депрессивных состояний обусловлена следующими компонентами ее воздействия: предоставление приемлемой информации о природе заболевания; совместное с пациентом планирование и структурирование режима дня и деятельности; положительный опыт, получаемый пациентом в результате рекомендуемых мероприятий; измеение когнитивных установок, связанных с ожиданиями пациента. Когнитивноповеденческая терапия рекомендуется при биполярных расстройствах и при условии, что она будет использована лишь как дополнительное мероприятие.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
14.	**Синдромы страхов и эмоциональные расстройства. Определение и классификация. Фобические синдромы. Панические атаки и агорафобия. Генерализованное тревожное расстройство. Страх разлуки и школьная фобия.**[1] Особой формой страха разлуки является школьная фобия, которая может, при соответствующей предрасположенности и тревожности у детей, протекать с несколькими возрастными пиками: первый пик частоты приходится на возраст посещения детского сада, второй – на начало школьного обучения и третий – на подростковый возраст, когда актуальным становится отделение от родителей. Указанные возрастные периоды включают все свойственные нашей культуре ситуации разлуки, в которых дети или подростки оказываются недостаточно зрелыми изза чрезмерно тесной привязанности к первично значимому для них лицу. Страх разлуки и школьная фобия являются состояниями, возникающими при реальной или воображаемой угрозе расставания ребенка с лицами из его ближайшего окружения. Особой формой страха разлуки является школьная фобия, которая может, при соответствующей предрасположенности и тревожности у детей, протекать с несколькими возрастными пиками: первый пик частоты приходится на возраст посещения детского сада, второй – на начало школьного обучения и третий – подростковый возраст, когда становится актуальным отделение от родителей. В указанные периоды возникают характерные ситуации разлуки, в которых некоторые дети или подростки оказываются недостаточно зрелыми из-за чрезмерно тесной привязанности к первичному значимому для них лицу (чаще матери) или в связи с задержкой развития. Подростки со школьной фобией, как правило, не имеют проблем с успеваемостью и обладают хорошими способностями. При детальном расспросе у них не выявляется также страха перед какими-либо предметами или ситуациями в школе. Но чем более длителен отказ от посещения школы, тем более выраженными становятся вторичные проблемы. У ребенка или подростка, часто и без того склонного к депрессии, нарастает социальная изоляция, появляются отставание в школе и вторичные опасения при возвращении в школу. Многие дети боятся, что товарищи по классу будут считать их больными или прогульщиками и лентяями. Так как с синдромом страха разлуки тесно связаны соматические симптомы, то чаще всего детьми предъявляются соматические жалобы (головокружение по утрам, головные боли, боли в животе), возникающие перед посещением школы, а во время каникул они отсутствуют.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
15.	**Стрессовые расстройства и расстройство адаптации.**[1] Терапия при ОРС. На первом плане находятся поддерживающие мероприятия, такие как повышенное внимание к пациенту, изъятие его из неблагополучного окружения, подключение родителей или других лиц ближайшего окружения к успокоению ребенка. Если это возможно, следует прямо обсудить событие, спровоцировавшее расстройство. При остром возбуждении нужно постоянное наблюдение или даже непродолжительное пребывание в стационаре. Может потребоваться кратковременное назначение транквилизаторов или малых нейролептиков для купирования состояния возбуждения. Терапия при ПТСР. Эмпирических данных по проверке эффективности разных методов терапии в детско-подростковом возрасте еще недостаточно, но в некоторых исследованиях доказана эффективность *когнитивно-поведенческой терапии*. При проведении терапии должны всегда присутствовать следующие элементы: прямое исследование психической травмы, Исследование специфических техник управления стрессом – Stress-Management-Techniken (прогрессивная мышечная релаксация, остановка мыслей, дыхательные техники), Расспрос и коррекция неверных суждений, касающихся травмы (например: «Это была моя вина»; «Ни в чем нельзя быть уверенным»; «Я должен был поверить предзнаменованию»), Включение в терапию родителей или других лиц, участвующих в воспитании. Включение родителей имеет существенное значение, так как отношение родителей к психической травме (собственная травматизация, боязнь или умалчивание травмы) влияет на поведение ребенка. Участие родителей имеет также и терапевтическое значение. Терапия при расстройстве адаптации. На первом плане стоят психотерапевтические методы, целью которых являются: * устранить или уменьшить влияние стресса; * выработать эффективное взаимодействие со стрессором, если его невозможно устранить; * сформировать поддерживающую терапевтическую среду или социальное окружение; * по возможности выработать новые перспективы. Важно вначале вместе с пациентом проработать взаимосвязь между симптоматикой и стрессовым фактором. Существенное значение для терапевтического процесса имеют вербализация события, спровоцировавшего заболевание, и связанные с этим предположения пациента. Значительную роль играет диагностика данного нарушения при нарушениях формирования школьных навыков; при этом важно правильно оценить расстройство (например, при легастении). Информирование родителей и учителей о том, что нарушение адаптации связано с имеющимся основным расстройством, может оказаться решающим для успеха терапии.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
16.	**Гиперкинетические расстройства.**[1] Медикаментозное лечение не может быть единственной формой терапии. Его задача – помочь детям преодолеть важный этап развития без существенного усиления симптоматики. Медикаментозное лечение часто комбинируют с мероприятиями поведенческой терапии, основанными на принципе оперантного обусловливания Оперантные техники хорошо зарекомендовали себя не только в форме программ и письменно зафиксированных планов, но и применяются при консультировании родителей и помогают ориентироваться в повседневной жизни. Они сформулированы в виде общих правил последовательного обращения с гиперактивными детьми: Правила, инструкции и указания для гиперактивных детей должны формулироваться ясно и кратко, а также четко – т.е. они должны видеть и слышать их, они должны быть наглядными. Подкрепления должны следовать быстро и незамедлительно, т.е. по возможности приближаться по времени к неправильному поведению. Подкрепления должны использоваться существенно чаще в отношении мотивационных проблем гиперактивных детей. Реакции и подкрепления должны быть более интенсивными, сильными и выраженными, чем при обращении с нормальными детьми. Подкрепления в форме наказаний должны быть включены в систему положительных подкреплений. Необходима частая смена подкреплений и поощрений, так как у гиперактивных детей быстрее наступает эффект насыщения и привыкания, чем у обычных детей. Предварительное планирование и структурирование по времени помогают пациентам приспосабливаться к меняющимся процессам и ситуациям, где действуют другие правила.	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
17.	**Жестокое обращение с детьми и безнадзорность.**[1] Психотерапевтическая работа с родителями и семьей. Главная цель психотерапевтического вмешательства – изменение поведения родителей или партнеров. Прежде всего путем интенсивного воздействия компенсируются дефициты раннего детского периода у самих родителей (репарентинг), затем делается попытка выявить глубинные причины наблюдаемого поведения. Последний из названных подходов должен дополняться тренинговыми программами, оказывающими быстрое воздействие на поведение. Глубинно-психологические модели лечения, сконцентрированные первично на причинах неправильного поведения и детстве самих родителей, редко помогают в изолированном виде, так как вопрос об изменении конкретных способов поведения не прорабатывается, а требуется за короткий срок улучшить семейную ситуацию. Индивидуальная терапия особенно показана в тех случаях, когда имеются тяжелые психопатологические отклонения, расстройства личности и недостаточная социализация самих родителей. Психотерапевтическая работа с ребенком. Подвергаемый насилию ребенок тоже нуждается в индивидуальной психотерапевтической помощи, так как насилие часто приводит к стойким деформациям личности. Такая помощь важна еще и потому, что прерывает цикл насилия и предупреждает формирование из подвергаемого насилию ребенка такого же склонного к жестокости родителя. Терапия должна соответствовать возрасту и уровню развития ребенка. Детям младшего возраста рекомендуется игровая терапия, детям старшего возраста – лечение, больше опирающееся на вербальные элементы. Вначале цель лечения состоит в том, чтобы помочь ребенку в выражении и переработке его страхов и конфликтов, восстановлении часто утраченного доверия к взрослым и в достижении адекватной самооценки. Лечение тем успешнее, чем скорее родители принимают изменения в ребенке и сами готовы к изменениям. Это наблюдение ясно показывает, насколько тесно при этом синдроме динамика состояния у детей связана с изменениями родителей.[2]	3

№	Тематические блоки	Объём, ак. часы
18.	**Сексуальное злоупотребление и сексуальное насилие.**[1] *Терапия, реабилитация, профилактика.* При проведении всех лечебных мероприятий нужно учитывать как конкретную ситуацию, так и последствия сексуального злоупотребления. Психотерапевтические меры постоянно интегрируются в общий план терапии, озватывающий всех пострадавших и все занимающиеся данным случаем инстанции (например, подростковую службу, суд, клиники и т. д.). Таким образом, вмешательство не ограничивается психотерипией в узком смысле, а является комплексным, при этом психотерапия, разумеется, играет важную роль. Неотложная помощь и показания для дальнейшей терапии. Вначале нужно составить представление о виде и масштабах сексуального злоупотребления и оценить степень опасности, угрожающей ребенку. Поэтому сначала рекомендуется предотвратить опасность дальнейшего злоупотребления, изолируя ребенка от лица, совершающего насилие. Для этого требуется принятие юридических мер по защите детей. *Психотерапевтическая работа с жертвой.* Если акцент воздействия лежит на семье, это не значит, что индивидуальная работа с ребенком, подвергавшимся насилию (индивидуально или в группе), менее важна. Она имеет исключительное значение и начинается, как правило, в форме индивидуальной психотерапии, но может быть продолжена – в зависимости от возраста ребенка – и в небольшое группе таких же пострадавших детей. Как правило, рекомендуется начинать работу с ребенком индивидуально, причем в зависимости от возраста ребенка могут применяться вспомогательные средства, например соответствующие куклы и игровые материалы. С детьми школьного возраста уже хорошо удается вербальный подход. Терапевтическими целями в обоих случаях являются (Fuerniss, 1989): * помощь ребенку в разговоре на тему о сексуальном насилии; * предоставление информации об анатомии половых органов и сексуальном развитии; * помощь в построении адекватной самооценки; * помощь в развитии самостоятельности и способности принимать решения. Таким образом, должно преодолеваться чувство беспомощности, часто свойственное ребенку, подвергавшемуся сексуальному злоупотреблению и насилию.	3
	Итого	54

[1] – тема самостоятельной работы

[2] – сущностное содержание самостоятельной работы

Обсуждено на заседании кафедры общей и клинической психологии, протокол № 9 от « 31 » мая 2023 г.

Заведующий кафедрой М.Е.Волчанский