

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации


«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
Н.И. Свиридова
« 24 » _____ 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ПРАКТИКАМ**

Наименование дисциплины: **Психотерапия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.22**
Психотерапия

Квалификация (степень) выпускника: **врач-психотерапевт**

Кафедра: **Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и
медицинской реабилитации Института НМФО**

Для обучающихся 2024 года поступления


Форма обучения – очная

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Ростовщиков Виталий Владимирович	Доцент кафедры	к.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Ростовщикова Сусанна Игоревна	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол №7 от «28» мая 2024 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО, д.м.н., доцент  А.Е. Барулин

Рецензенты:

Заведующий кафедрой медицинской и общей психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., доцент Курушина О.В.


Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» июня 2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» июня 2024 года

Секретарь
Ученого совета



М.В. Кабытова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ

Фонд оценочных средств для базовой части производственной (клинической) практики

Темы индивидуальных заданий

1. определить показания к госпитализации (в том числе недобровольной), организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных психических заболеваний, обосновать клинический диагноз;
2. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению терапии;
3. разработать план психофармакотерапии, определить соматические противопоказания;
4. определить необходимость дополнительных методов исследования (экспериментальное патопсихопатологическое обследование, инструментальные и лабораторные методы исследования), организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
5. оформление медицинской документации, в соответствии с законодательством (стационар, диспансер);
6. обосновывать необходимость диспансерного наблюдения, определить группу диспансерного наблюдения, назначить кратность визитов;
7. провести дифференциальную диагностику психических заболеваний с заболеваниями нервной системы, эндокринологическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями и др.; организовать перевод больных в профильные больницы и стационары;
8. использовать методики распознавания и лечения следующих неотложных состояний: анафилактический шок, инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и гипергликемическая кома, клиническая смерть;
9. организовать комплексную реабилитацию больных с психическими заболеваниями в стационарных, амбулаторных условиях;
10. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психиатрического больного;
11. выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания, в том числе у лиц молодого возраста и у пожилых;
12. провести дифференциальную диагностику психических заболеваний с наркологической патологией
13. обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;

14. оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса;
15. обосновать показания к назначению больному с психическим заболеванием психофармакологических препаратов;
16. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, поддерживающую терапию, физиотерапию.

Вопросы для устного собеседования

- 1) Расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации). Заболевания, при которых чаще всего встречаются нарушения восприятия. Объективные признаки наличия галлюцинаций.
- 2) Шизофрения (определение, критерии диагностики, симптоматика, основные клинические синдромы, характерные для шизофрении, типы течения, исход).
- 3) Суицидальное поведение при психических заболеваниях. Состояния, при которых возникает угроза для жизни психически больных. Врачебная тактика и методы профилактики.
- 4) Бред (определение, основные дифференциально-диагностические критерии, клинические формы, диагностическое значение, социально-опасное поведение больных).
- 5) Основные психотропные лекарственные средства, принципы их подбора, противопоказания к назначению, возможные побочные эффекты.
- 6) Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая. Лечение.
- 7) Основные положения Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Условия и порядок недобровольной госпитализации и освидетельствования психически больных.
- 8) Дегенеративные заболевания мозга: болезни Альцгеймера, Пика, сенильная деменция. Сравнительная клиническая характеристика, течение, прогноз. Принципы лечения.
- 9) Серийные, abortивные припадки. Эпилептический статус, клинические проявления. Методы купирования.
- 10) Парамнезии, классификация. Корсаковский синдром. Диагностическое значение.
- 11) Расстройства личности (психопатии). Определение (критерии П. Б. Ганнушкина). Систематика психопатий. Динамика психопатий. Отличие от акцентуации характера.
- 12) Психостимуляторы и нормотимические средства. Спектр фармакологической активности. Показания к применению, побочные эффекты и осложнения.
- 13) Понятие симптома и синдрома в психиатрии, их значение для диагностики психических болезней. Понятие о “большом” и “малом”

синдромах. Понятие продуктивной и негативной симптоматики, их диагностическое значение.

14) Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Классификация, клинические проявления в различные периоды болезненного процесса. Лечение, реабилитация.

15) Ноотропы. Спектр фармакологической активности. Показания к применению, побочные эффекты и осложнения.

16) Расстройства мышления: по темпу, строю, целенаправленности. Диагностическое значение симптомов.

17) Эпилептические психозы. Изменение личности при эпилепсии. Принципы лечения

18) Истерия. Клинические проявления. Лечение.

19) Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома). Сравнительная клиническая характеристика, диагностическое значение.

20) Шизофрения. Особенности в детском и подростковом возрасте.

21) Наркомании и токсикомании. Определение понятий. Большой наркоманический синдром.

22) Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Диагностическое значение.

23) Неврозы. Клинические проявления. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов.

24) Употребление препаратов опиоидной группы: признаки острой и хронической интоксикации опиатами, клиника абстинентного синдрома. Лечение и профилактика.

25) Расстройства воли и влечений. Клиническая характеристика основных симптомов и синдромов, их диагностическое значение.

26) Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивные параноиды. Клинические проявления. Лечение.

27) Антидепрессанты, основные группы препаратов по преобладающим эффектам. Показания к применению, побочные эффекты и осложнения.

28) Расстройства внимания, клиническая характеристика, диагностическое значение.

29) Шизоаффективные расстройства. Клиника. Особенности течения. Общие черты и различия от маниакально-депрессивного психоза. Лечение.

30) Психостимуляторы и нормотимические средства. Спектр фармакологической активности. Показания к применению, побочные эффекты и осложнения.

31) Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Сравнительная клиническая характеристика и динамика бредовых синдромов.

32) Психопатии (расстройства личности) тормозимого круга. Клинические проявления. Лечение.

33) Организация амбулаторной психиатрической помощи. Место в структуре медико-реабилитационных мероприятий. Преемственность стационарной и амбулаторной помощи.

- 34) Психические нарушения при внутричерепных опухолях. Клинические особенности общемозговых и локальных (очаговых) симптомов. Принципы лечения.
- 35) Употребление препаратов конопли, клиника острой и хронической гашишной интоксикации, клиника абстинентного синдрома. Лечение и профилактика.
- 36) Расстройства восприятия: галлюцинации, их классификация, объективные признаки галлюцинаций. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях.
- 37) Аффективные расстройства настроения (маниакально-депрессивный психоз). Клинические проявления. Варианты течения. Лечение и профилактика.
- 38) Лечение и профилактика алкогольных психозов, тактика в случае социально-опасного поведения, методы купирования возбуждения.
- 39) Умственная отсталость, диагностические критерии.
- 40) Обсессивно-компульсивное расстройство. Клиника. Лечение.
- 41) Эмоциональные реакции. Физиологический и патологический аффект. Значение для судебно-психиатрической экспертизы.
- 42) Психосенсорные расстройства. Понятия дереализации и деперсонализации, явления *deja vu* и *jamais vu*. Диагностическое значение.
- 43) Параноидная шизофрения. Клиника. Особенности течения. Динамика синдромов. Лечение.

Практические навыки

1. Курация больного, написание истории болезни.
2. Оформление медицинской документации в психотерапевтическом кабинете.
3. Тактика терапии тяжелых форм алкогольного делирия.
4. Тактика оказания первой врачебной помощи психически больному с социально-опасными действиями.
5. Купирование эпилептического статуса.
6. Показания, противопоказания и методика проведения электросудорожной терапии.
7. Диагностика и купирование злокачественного нейрорептического синдрома.
8. Купирование приступа фебрильной шизофрении.
9. Проведение недобровольной госпитализации в стационар (показания, оформление необходимой документации).
10. Оформление медицинской документации в психиатрическом стационаре.
11. Тактика лечения абстинентного синдрома при наркоманиях.
12. Методика купирования психомоторного возбуждения: маниакального, кататонического, гебефренического.
13. Методика купирования различных видов возбуждения: при алкогольном делирии, остром алкогольном галлюцинозе.

14. Методы коррекции хронических неврологических и соматовегетативных побочных эффектов терапии психотропными веществами.
15. Методика проведения когнитивно-поведенческой терапии.
16. Методика проведения гипно-суггестивной терапии.
17. Методика проведения арт-терапии.
18. Методика проведения психоанализа.
19. Методика проведения аутогенной тренировки.
20. Методика проведения транзактного анализа.
21. Методы коррекции хронических неврологических и соматовегетативных побочных эффектов терапии психотропными веществами.
22. Особенности курации больных в психиатрическом стационаре.
23. Терапия антидепрессантами (показания к назначению, противопоказания и т.д.)
24. Лечение транквилизаторами (показания к назначению, противопоказания и т.д.)
25. Терапия нейролептиками (показания к назначению, противопоказания и т.д.)

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков
		Темы индивидуальн ых заданий	Вопросы для собеседования	Практически е навыки из перечня
УК	1	1-16	1-45	1-24
	2	1, 3	-	-
	3	12-16	1-45	1,3-8,10,12- 14,16-24
ПК	1	12-16	1-10, 12-18	1,4,11,20,21
	2	1-16	1-11,13-14,16- 26,28-29,31-45	1-2,4,10- 11,15,19-24
	3	1-16	5,7,14,18- 19,23,26,42	1- 2,4,10,11,13,21
	4	1-16	1-52	1-15
	5	12-16	1-45	-
	6	12-16	1-45	1-24
	7	1-16	5,7,14,18- 19,23,26,42	1- 2,4,10,11,13,21
	8	1-16	1-45	1-24
	9	1-16	1-10, 12-18	1,4,11,20,21
	10	1-16	1-45	1-24
	11	12-16	1-45	-

	12	12-16	5,7,14,18- 19,23,26,42	-
--	----	-------	---------------------------	---

Б) ФОС для вариативной части производственной (клинической) практики

Раздел: Психиатрическое отделение

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Очаговая эпилепсия. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
2. Болезнь Альцгеймера. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
3. Виды нарушений сознания.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Симптомы эпилепсии.
2. Нейропсихологические симптомы при болезни Альцгеймера.
3. Симптомы делириозного помрачений сознания.

Практические навыки

1. Эпилептический статус. Клиника, неотложная помощь.
2. Диагностические данные при болезни Альцгеймера (патопсихологическое исследование)
3. Неотложная помощь при психомоторном возбуждении.

Раздел: Наркологический стационар

Примерные темы индивидуальных заданий

1. «Дизайнерские» наркотики.
2. Лечение постабстинентных расстройств.
3. Психотерапия в аддиктологии.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Лечение и профилактика алкогольных психозов, тактика в случае социально-опасного поведения, методы купирования возбуждения.
2. Наркомании и токсикомании. Особенности потребления психоактивных веществ.
3. Алкогольные энцефалопатии. Корсаковский психоз.

Практические навыки

1. Тактика лечения острых алкогольных энцефалопатий.

2. Лечение алкогольного абстинентного синдрома.
3. Тактика лечения острой интоксикации при токсикоманиях.

Ситуационные задачи:

Ситуационные задачи: Ситуационная задача №1

Мужчина, 32 года.

Анамнез жизни. Наследственность по психическим расстройствам не отягощена. Родился в срок от второй беременности. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет. Учился удовлетворительно. Образование среднее профессиональное. В армии служил. Работал по разным рабочим профессиям, с общим стажем 7 лет. Разведен, с женой не поддерживает детей не имеет. Не судим. Проживает с родителями. Курит по 1 пачки/день. Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Черепно-мозговых травм, инфекционных заболеваний головного мозга, хронических заболеваний со слов не было.

Анамнез болезни. Заболевание началось остро, утверждал, что его преследуют, «слышал голоса угрожающего характера». Наблюдается у психиатра в течение 5 лет. Неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. Последняя выписка год назад. После выписки лекарства принимал нерегулярно.

Со слов больного 2 недели до текущей госпитализации «опять голоса начались».

Больной начал принимать галоперидол в каплях. "Голоса" описывает как множественные, императивного характера, смысл которых передать затрудняется. За день до госпитализации под влиянием "голосов" больной хотел нанести самопорезы в область предплечья, чтобы «голоса заглушить». Был обнаружен родственниками, которые вызвали скорую помощь и больной доставлен в психиатрическую больницу.

Психический статус. Ориентирован верно в месте, времени и собственной личности.

Двигательно беспокоен, переминается с одной ноги на другую. Мимика

маловыразительная. Настроение на момент осмотра оценивает, как «сниженное».

Внимание привлекается вопросом, удерживается недостаточно, легко отвлекается, надолго сосредоточиться на беседе не может. Часто отводит взгляд в сторону, словно к чему-то прислушивается. Интеллект и память без грубых нарушений. Мышление умеренное по темпу, аморфное, не всегда последовательное. Суицидальные мысли на момент осмотра не высказывает. Во время беседы сообщил, что слышит «голоса» внутри головы, периодически в течение дня, в том числе и сейчас, но «после укола стало лучше». «Голоса» были мужские, разные, незнакомые, в основном угрожающего или комментирующего характера. Обзывали пациента, угрожали ему смертью. Критика к своему состоянию неполная, признает, что ему "нужно от голосов избавиться", однако сомневается, что он болен. Сон со слов прерывистый, наблюдаются трудности с засыпанием.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №2

Мужчина, 79 лет.

Анамнез жизни. Наследственность не отягощена. Образование - ремесленное училище. В армии не служил. Работал на заводе "Точмаш" наладчиком. На пенсии по возрасту. Проживает с супругой в изолированной квартире. Алкоголь не

потребляет, не курит. В 1995-1997гг. перенес два острых инфаркта миокарда. Наблюдается у терапевта в связи с гипертонической болезнью. Анамнез болезни. Последние 6 лет изменился по характеру, стал постоянно писать жалобы, ходит в различные инстанции, отказывается платить "неправильную" квартплату (долг за квартиру около 86 тыс. руб.). В августе 2010г. вместе с супругой "держали уразу", настоял, хотя здоровье супруги не позволяло, считал, что ей надо очиститься. Высказывал бредовые идеи ревности в ее адрес, добивался признания. Лечился стационарно в психиатрической больнице. После выписки психиатра посещал нерегулярно, лекарства не принимал. В последний месяц состояние ухудшилось. Вновь начал обращаться в различные инстанции. Писал нелепые жалобы, высказывал нелепые обвинения. Утверждал, что «брата жены убили», «что квартирой владеет убийца брата жены», «что ЖКХ занимается мошенничеством», что за ним следят путем прослушки квартиры. На отказы о возбуждении уголовных дел реагировал аффектизацией. Вновь обратился в городскую прокуратуру, был злобным агрессивным, не пускал работников внутрь здания. Была вызвана скорая помощь.

Психический статус.

Пациент в сознании. Резко негативистичен. Злобно смотрит исподлобья на окружающих. На вопросы чаще всего не отвечает. Просьбы не выполняет. Сопrotивляется при осмотре. Отказывается подчиняться распорядку и режиму отделения. Не согласен проходить обследование и принимать лечение, утверждая, что «его хотят убить». Грозится «проблемами, которые возникнут у персонала». Уговорам и объяснениям не внимает. Ориентирован во всех видах в достаточной мере. Интеллект и память с признаками некоторого снижения. Мышление ригидное, конкретное, в умеренном темпе. Эмоциональный фон озлобленный, склонен к агрессивным реакциям, как в форме вербальной агрессии, так и физической. Суицидальные мысли не высказывает. Критики к состоянию нет.

1. Назовите симптомы.

2. Укажите синдром.

3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №3

Женщина, 85 лет. Анамнез жизни. Родилась 2 из 5 детей.. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась в соответствии возрасту. Проживает с дочерью в отдельной квартире. Судима не была. Алкоголь не употребляет больше 30 лет.

Анамнез болезни. Много лет страдала гипертонической болезнью. Перенесла 15 лет назад ОНМК с легким гемипарезом. С тех пор снизилась память, стала более вялой, ослабленной. В последние 2 года не выходит из квартиры. Вызвали психиатра на дом, так как перестала спать ночами, видела, как из стены льется вода.

Подставляла под «воду» тазы, была крайне возбуждена и озабочена этими видениями.

Психический статус.

Выглядит несколько неопрятно. На момент осмотра двигательнo беспокоен. Мимика маловыразительная. Ориентирована в собственной личности, в месте и во времени не ориентирована. Говорит тихим голосом. В беседу вступает охотно говорит не всегда по сути заданного. Внимание истощаемое, трудно переключается с одной деятельности на другую, под конец беседы стала рассеянной. Эмоциональный фон неустойчивый, ближе к тревожному. Интеллектуально-мнестические возможности грубо снижены. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Мышление замедленное по темпу, не всегда последовательное. Рассказывает, что видит. Как льется вода со стены «наверно трубу прорвало». Критика к своему состоянию формальная.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №4

Мужчина, 45 лет, доставлен в стационар женой, в связи с неправильным поведением дома. Жалоб не предъявляет, больным себя не считает. Поступает в стационар третий раз, после каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Состояние изменилось 2 недели назад, когда пациент стал чрезмерно общительным, легко заводит новые знакомства, даже на улице, приглашает случайных людей к себе домой, доверяет им ключи от квартиры, от машины, раздает деньги. Спит не более 3-4 часов в сутки. Весел, в беседе не может сдерживать смех. Мимика живая. На месте не удерживается, быстро ходит по комнате, жестикулирует. Многословен, склонен к рифмованию, декламирует стихи, рассказывает анекдоты. Часто не заканчивает фразы, переходит к новой мысли.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №5

Мужчина, 50 лет. Жалобы на «душераздирающую тоску», тревогу. Поступает в стационар в четвертый раз, приступы по типу «клише». После каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Настоящая госпитализация связана с тем, что был намерен «убить себя и жену, чтобы избавиться от мучений и ее, и себя». При поступлении выражение лица печальное, настроение резко снижено. Не сидит на месте, вскакивает, говорит, что так ему легче. Во время разговора теребит одежду, заламывает руки, внезапно хватается за голову: «Что же будет?!». Винит себя в том, что «запустил болезнь, не пришел к врачу вовремя». Пессимистичен, не видит выхода из своей «ситуации». Высказывает суицидальные намерения.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №6

Мужчина, 33 года. Наследственность не отягощена. Раннее развитие – без особенностей. Образование средне специальное, работает мастером на заводе. Служил в армии в строительных войсках, демобилизован в срок. Алкоголем и другими ПАВ не злоупотребляет. Травмы, операции, нейроинфекции отрицает.

Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть

до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать пациента с завода. По его приказу сотрудники «намекают» пациенту на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Пациент весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 7

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощение. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

ОТВЕТ:

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности сочетающийся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астено-ипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

ЗАДАЧА 8.

Больная Т., 51 год, не работает, проживает с матерью. Часто поступает по «неотложным показаниям» в стационар. Воспитывалась властной матерью и уступчивым, мнительным отцом. С раннего детства испытывала смешанные чувства к матери: ненавидела ее за постоянную тиранию себя и отца, но в то же время жалела, так как мать часто жаловалась на плохое самочувствие. Дважды была замужем, но была вынуждена развестись, так как состояние ее матери, которой не нравились оба ее мужа, резко ухудшалось, и она была вынуждена долгое время ухаживать за ней у нее дома. Имели место частые ссоры с матерью, попытки противостоять ее давлению. Но после «побед» испытывала чувство вины перед «больной» матерью и просила у нее прощения. Несколько лет назад первые, на фоне очередной ссоры с матерью и возникшего чувства вины, поступает по «скорой» в связи с подозрением на «острый живот». При тщательном осмотре диагноз не подтверждается. В дальнейшем подобные ситуации неоднократно повторяются.

Проанализируйте ситуацию с точки зрения психодинамической психотерапии и предложите стратегию психотерапевтического вмешательства.

ОТВЕТ:

Формирование личности и взрослая жизнь пациентки происходила под воздействием авторитарной позиции матери. Доминирующим фактором стало амбивалентное отношение к ней – ненависть и сочувствие. Перманентный конфликт Ид и Суперэго, стремления реализовываться как самостоятельная личность и связанного с этим чувства вины перед матерью породил состояние тревоги, которая привела к возникновению невротического симптома. Для ликвидации невроза необходимо прекращения конфликта сознательного и бессознательного, для чего требуется осознать потребности, находящиеся под постоянным давлением навязанных извне требований. Проявление бессознательного возможно через такие психические феномены, как связанные ассоциации, символические проявления, перенос, сопротивление. Все 4 процесса подвергаются анализу, который включает следующую последовательность процедур:

Конфронтация – пациентке необходимо понимать, что она чего-то избегает.

Фокусировка (прояснение) – помещение значимых деталей в фокус.

Интерпретация – центральная процедура анализа (предыдущие его подготавливают). Ее задача – сделать неосознаваемое – осозанным. Психолог строит гипотезы в отношении событий.

Тщательная проработка (преодоление) выявленного.

ЗАДАЧА 9.

Больная Т., 51 год, не работает, проживает с матерью. Часто поступает по «неотложным показаниям» в стационар. Воспитывалась властной матерью и уступчивым, мнительным отцом. С раннего детства испытывала смешанные чувства к матери: ненавидела ее за постоянную тиранию себя и отца, но в то же время жалела, так как мать часто жаловалась на плохое самочувствие. Дважды была замужем, но была вынуждена развестись, так как состояние ее матери, которой не нравились оба ее мужа, резко ухудшалось, и она была вынуждена долгое время ухаживать за ней у нее дома. Имели место частые ссоры с матерью, попытки противостоять ее давлению. Но после «побед» испытывала чувство вины перед «больной» матерью и просила у нее прощения. Несколько лет назад первые, на фоне очередной ссоры с матерью и возникшего чувства вины, поступает по «скорой» в связи с подозрением на «острый живот». При тщательном осмотре диагноз не подтверждается. В дальнейшем подобные ситуации неоднократно повторяются.

Проанализируйте ситуацию с точки зрения когнитивно-поведенческой психотерапии и предложите стратегию психотерапевтического вмешательства.

ОТВЕТ:

Формирование личности пациентки происходило под воздействием авторитарной позиции матери. Доминирующим фактором стало специфическое социальное моделирование в процессе роста и развития. В результате научения у пациентки сформировалась внутренняя картина мира, которая привела к закреплению неадаптивного поведения, вследствие чего возник невротический симптом. Целью психотерапевтического вмешательства является замена неадаптивного поведения адаптивным. В качестве методики воздействия можно использовать когнитивную терапию Бека, суть которой заключается в выявлении автоматических мыслей и возникающих на их фоне эмоциональных и телесных реакций, опровержение их через перебор альтернативных гипотез, формирование восприятия ситуации, способствующего принятию и закреплению форм реагирования, усиливающих адаптивность поведения.

ЗАДАЧА 10.

Больная Т., 51 год, не работает, проживает с матерью. Часто поступает по «неотложным показаниям» в стационар. Воспитывалась властной матерью и уступчивым, мнительным отцом. С раннего детства испытывала смешанные чувства к матери: ненавидела ее за постоянную тиранию себя и отца, но в то же время жалела, так как мать часто жаловалась на плохое самочувствие. Дважды была замужем, но была вынуждена развестись, так как состояние ее матери, которой не нравились оба ее мужа, резко ухудшалось, и она была вынуждена долгое время ухаживать за ней у нее дома. Имели место частые ссоры с матерью, попытки противостоять ее давлению. Но после «побед» испытывала чувство вины перед «больной» матерью и просила у нее прощения. Несколько лет назад первые, на фоне очередной ссоры с матерью и возникшего чувства вины, поступает по «скорой» в связи с подозрением на «острый живот». При тщательном осмотре диагноз не подтверждается. В дальнейшем подобные ситуации неоднократно повторяются.

Проанализируйте ситуацию с точки зрения экзистенциально-гуманистической психотерапии и предложите стратегию психотерапевтического вмешательства.

ОТВЕТ:

Формирование личности пациентки происходило под воздействием авторитарной позиции матери. Доминирующим фактором стало отсутствие в процессе роста и развития опыта положительного безусловного принятия. В результате у пациентки сформировалась искаженная Я-концепция, которая привела к нарушению конгруэнтности и стала препятствием к самоактуализации, вследствие чего возник невротический симптом. Целью психотерапевтического вмешательства является восстановление целостности и единства личности больной. Она достигается путем осознания и интеграции всего опыта человека во время психотерапевтического процесса. Терапия основана на создании условий, способствующих принятию человеком самого себя, которые обеспечиваются прежде всего поведением терапевта (так называемая триада Роджерса):

- эмпатия - способность встать на место клиента, понимать его так, как он себя понимает
- безусловное положительное принятие - отношение к пациенту как к личности, которая обладает безусловной ценностью вне зависимости от качеств личности
- собственная конгруэнтность - соответствие поведения терапевта тому, какой он на самом деле