

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 опиной 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 –<br>индивидуальные<br>задания  | С –<br>собеседование по<br>контрольным<br>вопросам. | Пр – оценка<br>освоения<br>практических<br>навыков |
|---------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                 |   | Темы<br>индивидуальн<br>ых заданий | Вопросы для<br>собеседования                        | Практические<br>навыки из<br>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                                       |

|  |           |       |                       |      |
|--|-----------|-------|-----------------------|------|
|  | <b>10</b> | 1-16  | 1-45                  | 1-24 |
|  | <b>11</b> | 12-16 | 1-45                  | -    |
|  | <b>12</b> | 12-16 | 5,7,14,18-19,23,26,42 | -    |

## **Б) ФОС для вариативной части производственной (клинической) практики**

### ***Раздел: Неврологическое отделение***

#### **Примерные темы индивидуальных заданий**

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

#### **Примерные вопросы для устного собеседования**

1. Симптомы эпилепсии.
2. Неврологические нарушения при болезни Альцгеймера.
3. Симптомы нарушения мозгового кровообращения.

#### **Практические навыки**

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

### ***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:**

##### **ЗАДАЧА 1<sup>1</sup>.**

Больной Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно давала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал рассказ и гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

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

##### **ОТВЕТ:**

В результате психотравмирующего события в раннем подростковом возрасте на фоне воспитания по типу гиперопеки у пациента сформировалась искаженная Я-концепция, которая привела к нарушению конгруэнтности и стала препятствием к дальнейшей самоактуализации. Под воздействием триггерной ситуации произошел срыв испытанного механизма психологической защиты, вследствие чего возник невротический симптом. Целью психотерапевтического вмешательства является восстановление целостности и единства личности больного. 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

##### **ЗАДАЧА 2.<sup>1</sup>**

Больной Д., 42 года, вырос в семье, где главной задачей считалось достижение личного успеха в жизни, определенного положения в обществе. Хотя у больного были ограниченные способности и учеба в школе давалась с трудом, из-за требований родителей он стремился превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий. После школы поступил в институт, где занятия отнимали огромное количество сил и времени, часто приходилось заниматься по ночам. Окончив институт, стал работать инженером. Стал активно добиваться должности начальника отдела, требующей высокого уровня ответственности и профессионализма. Получив желаемую должность, стал испытывать значительные трудности при принятии решений, общении с подчиненными. Возникли проблемы со сном, аппетитом, снизилось настроение, появилась раздражительность, что в конечном итоге привело к получению замечаний со стороны начальства.

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

ОТВЕТ: Формирование личности больного происходило под воздействием представлений, господствующих в семье: главная цель – достижение высокого социального статуса. Доминирующим фактором стало специфическое социальное моделирование в процессе роста и развития. В результате научения у пациента 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 3<sup>1</sup>.

Больной, выходя из квартиры, регулярно совершает странный ритуал: закрыв дверь, он 4 раза скачет на левой ноге против часовой стрелки по лестничной площадке. Определитесь с синдромом и предположите возможный диагноз.

ОТВЕТ: Обсессивно-компульсивное расстройство, синдром навязчивых состояний.

### ЗАДАЧА 4.

Больной Д., 42 года, вырос в семье, где главной задачей считалось достижение личного успеха в жизни, определенного положения в обществе. Хотя у больного были ограниченные способности и учеба в школе давалась с трудом, из-за требований родителей он стремился превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий. После школы поступил в институт, где занятия отнимали огромное количество сил и времени, часто приходилось заниматься по ночам. Окончив институт, стал работать инженером. Стал активно добиваться должности начальника отдела, требующей высокого уровня ответственности и профессионализма. Получив желаемую должность, стал испытывать значительные трудности при принятии решений, общении с подчиненными. Возникли проблемы со сном, аппетитом, снизилось настроение, появилась раздражительность, что в конечном итоге привело к получению замечаний со стороны начальства.

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

ОТВЕТ:

Формирование личности больного происходило под воздействием представлений, господствующих в семье: главная цель – достижение высокого социального статуса. Доминирующим фактором стало отсутствие в процессе роста и развития опыта положительного безусловного принятия. В результате у пациента 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 больного. 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.

#### ЗАДАЧА 5.

Больной Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно давала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал рассказ и гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

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

ОТВЕТ:

Пациент пережил психотравму в раннем подростковом возрасте. Возникшие в результате нее тяжелые переживания не были переработаны в полной мере, а вытеснены в бессознательное. Постоянно используемый механизм психологической защиты дал срыв под воздействием ситуации, оживившей неотработанные ранее сильные эмоции, что привело к возникновению тревоги, переросшей в невротический симптом. Для ликвидации невроза необходимо осознать вытесненную ситуацию, служащую триггером, подвергнуть ее анализу и тщательно проработать.

#### ЗАДАЧА 6.

Больной Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно давала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал рассказ и гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

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

ОТВЕТ:

В результате психотравмирующего события в раннем подростковом возрасте на фоне воспитания по типу гиперопеки у пациента сформировалась специфическая внутренняя картина мира, породившая генерализованное ощущение недоверия к миру, следствием чего стало активное использование механизмов психологической защиты и недостаточно адаптивное поведение. В результате триггерной ситуации произошел срыв защитного механизма психики и возник невротический симптом. Целью психотерапевтического вмешательства является угашение условного рефлекса, в качестве которого выступает переживание страха на объективно нейтральные стимулы, связав эти стимулы с приятным подкреплением. В качестве методики воздействия можно использовать систематическую десенсибилизацию для снижения эмоциональной восприимчивости по отношению к проблемной ситуации. Процедура состоит из нескольких этапов. На первом этапе пациент обучается методике глубокого расслабления; на втором этапе терапевтом и пациентом составляется так называемый „лист иерархии страхов“, в начале которого указывается ситуация, вызывающая наименьший страх, в конце — наибольший, с промежуточными 8–15 ситуациями; на третьем этапе начинается собственно тренинг десенсибилизации. При этом пациенту, который находится в состоянии полного расслабления, предлагается мысленно воспроизвести такую ситуацию, которая вызывает у него минимальный страх, и постараться „вжиться“ в нее. Таким образом постепенно прорабатываются все позиции. Роль положительного подкрепления играет состояние расслабления.

ЗАДАЧА 7<sup>1</sup>.

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 «врабатывается», 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.<sup>1</sup>

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. Психоаналитик строит гипотезы в отношении событий.

Тщательная проработка (преодоление) выявленного.

#### ЗАДАЧА 9.<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

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

<sup>11</sup>Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для промежуточной аттестации по практикам по специальности 31.08.22 Психотерапия 2024-2025 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №7 от 28.05.2024 г.