Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 21.04.2025 12:18:57
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
Л.А. Кравцова / _____ /
19 апреля 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ Б3.О.02(Г) СДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

основной образовательной программы высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**37.05.01 Клиническая психология**
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сферах: психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная деятельность в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	5,5 лет
Кафедра	Общепсихологических дисциплин

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для государственной итоговой аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология, направленности 02 Здравоохранение в сферах: психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная деятельность в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	Государственная итоговая аттестация	Вопросы для собеседования (Приложение 1)
2		Ситуационные задачи (Приложение 2)

3. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.

Приложение 1

Вопросы для собеседования

1. Дайте определение объекта и предмета клинической психологии. Какова специфика психологических знаний. В чём состоит проблема объективности психологического метода.
2. Что входит в понятие судебно-психологической экспертизы. Какие задачи стоят перед психологическим исследованием в судебной практике. Назовите основания для назначения психологической экспертизы в судебной практике.
3. Объясните основные принципы клинической психологии: «активность», «детерминизм», «развитие», «системность».
4. Определите методологию проведения психологического исследования. Назовите методы психологического исследования. Какова краткая характеристика и специфика каждого метода.
5. Дайте определение состояния аффекта в судебно-психологической экспертизе. Что является объектом исследования аффекта. Назовите виды, механизмы возникновения физиологического аффекта. Как проявляются признаки аффекта: внезапность, взрывообразная динамика, кратковременность аффективного состояния, интенсивность и напряжённость протекания, дезорганизация психической деятельности, стереотипность, вегетативные проявления.
6. Дайте определение суицидального поведения. Назовите терминологию, причины и мотивы, особенности личности суицидентов. В чём состоит специфика суицидального поведения у детей и подростков. Каковы принципы оказания помощи при потенциальном суициде.
7. Назовите движущие силы психического развития с позиций различных теоретических школ. В чём состоит проблема периодизации психического развития.
8. Дайте определение биопсихосоционоэтической модели человека. Что входит в понятие «индивид», «личность», «субъект деятельности», «индивидуальность».
9. Дайте современное определение личности в зарубежной и отечественной психологии. Назовите составляющие компоненты личности. Как представлена структура личности в разных теоретических моделях.
10. Назовите цели, задачи, основные правила использования проективных методов в практике работы клинического психолога. Перечислите проективные тесты, используемые в работе клинического психолога.
11. Что входит в понятие аддиктивного поведения. Каковы могут быть психологические последствия употребления психоактивных веществ.
12. Что входит в понятие девиантного поведения. Дайте определение, классифицируйте девиантное поведение. Что входит в психологическую характеристику каждой формы девиантного поведения.
13. Дайте определение нарушению психического развития в детском возрасте: назовите предмет, объект, задачи психологии нарушения психического развития. Назовите классификацию нарушения психического развития по В.В. Лебединскому.
14. Определите предмет и задачи психогенетики. Назовите психогенетические методы исследования: генеалогический (геносоциограмма), метод приемных детей, метод близнецов, генетико-математический метод.
15. Что входит в понятие невротических, пограничных, психотических расстройств личности. Опишите клиническую картину у пациентов с данными расстройствами.
16. Что является основанием для назначения психологической экспертизы в судебной практике. В каких случаях назначается судебно-психологическая экспертиза. Кто может проводить судебно-психологическую экспертизу. Назовите виды экспертиз по месту проведения. Что входит в структуру психологического заключения в экспертной практике.
17. В чём состоит специфика предмета клинической психологии. Какова методология данного предмета. Назовите основные методы, используемые в клинической психологии.

18. Дайте определение психических расстройств в позднем возрастном периоде. Назовите расстройства когнитивных процессов и типы индивидуального реагирования на кризисные ситуации в позднем возрастном периоде.

19. Дайте определение диссоциативным расстройствам. Назовите их клинико-психологические характеристики.
20. Дайте определение понятиям «психической нормы» и «психической патологии». Каковы принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов.
21. Дайте характеристику личности в ситуации болезни. Какие бывают типы отношения личности к болезни, типы личностного значения болезни. Как происходит личностная саморегуляция и каковы возможности сопротивления болезни.
22. Психосоматическое развитие: определение, периодизация. Феномены телесности: схема и образ тела, внутренняя картина здоровья, внутренняя картина болезни (ВКБ). Структура и типология ВКБ.
23. Что входит в понятия: «недостаточность», «недостаточность функции». Назовите классификацию видов недостаточности. Основные положения учения Л.С. Выготского о дефекте и его компенсации. Теория А. Адлера о недостаточности и механизмах ее компенсации.
24. Что входит в понятие «психологическая реабилитация». Какова классификация видов реабилитации. Перечислите основные цели и задачи психологической реабилитации.
25. Каковы особенности реабилитации лиц, страдающих психическими нарушениями. Назовите цель, виды подобной реабилитации. В чём состоит социотерапия лиц, страдающих психическими нарушениями.
26. Назовите основные принципы восстановления нарушенных высших психических функций (ВПФ). Перечислите этапы процесса восстановительного обучения. Каковы основные принципы стратегии коррекционно-педагогической работы.
27. В чём состоит нейрореабилитация и восстановление нарушенных психических функций? Каковы их особенности у детей и у взрослых.
28. В чём состоит проблема раннего этапа восстановления речи. Каковы основные принципы восстановления речи при афазиях.
29. Дайте определение и дифференцируйте виды интервенции клинического психолога: психодиагностика, психоэдукация, психопрофилактика, психологическое консультирование, психокоррекция, психотерапия, психореабилитация.
30. Каковы цель, задачи и принципы психологического консультирования. Что входит в структуру, компоненты и этапы процесса консультации.
31. Перечислите требования к личности психолога консультанта. Каковы основные положения этического кодекса работы клинического психолога. В чём состоят профессионально-важные качества психолога.
32. Перечислите навыки наблюдения в психологическом консультировании, уровни функционирования невербального языка. Что входит в навыки активного выслушивания.
33. В чём состоят особенности поведения человека в ситуации стихийных бедствий и катастроф. Перечислите основные этапы работы психолога в экстремальных ситуациях.
34. Перечислите навыки воздействия в психологическом консультировании. Каковы могут быть типы вербальных вмешательств.
35. Каковы задачи и в чем заключаются особенности патопсихологического исследования. Что включают основные этапы проведения патопсихологического исследования и написания заключения. Перечислите основные патопсихологические синдромы. В чём состоит их дифференциальная диагностика.
36. Каковы детерминанты психики и психического развития. Каковы детерминанты нарушения психического развития. Назовите принципы психического развития по Л.С. Выготскому.

37. Перечислите основные положения в бихевиоральной и когнитивной школах в психологическом консультировании и психотерапии.
38. Какие могут быть особенности при проведении патопсихологической диагностики, клинико-психологической характеристики и дифференциальной диагностики шизофрении.
39. Психодинамическое направление психотерапии: основные положения и приемы, используемые в практике психологического консультирования.
40. Каковы основные направления экзистенциально-гуманистической психологии в психологическом консультировании и психотерапии, их теоретические положения.
41. Задержка психического развития: определение, классификация, дифференциальная диагностика, медико-психолого-педагогические подходы к работе с детьми с ЗПР. В чём состоят особенности выполнения тестов детьми с задержкой психического развития.
42. Дифференциально-психологическая диагностика детей с интеллектуальной недостаточностью: врожденная умственная отсталость, приобретенная умственная отсталость, задержка психического развития.
43. Каково содержание и история развития психосоматического подхода. Назовите основные положения психоаналитического направления в психосоматической медицине и психологии. Концепция З.Фрейда о конверсии. Концепция эмоциональной специфичности Ф. Александера. Теории «алекситимии» и «ресоматизации». Структуральная модель Г. Аммона.
44. Дайте определение предмета нейропсихологии. Перечислите основные задачи и межпредметные связи нейропсихологии. Какова история развития и становления нейропсихологии как самостоятельной отрасли знаний. Назовите основные направления нейропсихологии на современном этапе развития.
45. Перечислите методы нейропсихологии: основные группы, их содержание и достижения, полученные с помощью каждой группы методов. Назовите сравнительно-анатомический метод исследования в нейропсихологии. Какие вы знаете категории, объясняющие взаимоотношения между мозгом и психическими процессами.
46. Определите понятие нейропсихологического фактора и нейропсихологического синдрома. В чём состоит синдромный анализ в нейропсихологии. Перечислите типы факторов в нейропсихологии.
47. Каковы психологические механизмы порождения речи. В чём состоит дифференциальная диагностика речи импрессивной и речи экспрессивной. Перечислите зоны мозга, участвующие в становлении и реализации механизмов импрессивной и экспрессивной речи. Дайте сравнительный анализ развития устной и письменной речи в онтогенезе.
48. Классифицируйте и характеризуйте афазии. Назовите локализацию поражения при различных видах афазий и их клинико-психологическую характеристику.
49. Дайте определение межполушарной асимметрии мозга. Опишите, как выглядит индивидуальный латеральный профиль.
50. Дайте нейропсихологическую характеристику нарушению произвольной регуляции функций при поражении коры головного мозга.
51. Перечислите эмоционально-личностные нарушения при поражении мозга различной локализации.
52. Диссоциативные расстройства: определение, клинико-психологическая характеристика, дифференциальная диагностика.
53. Охарактеризуйте следующие понятия: психосоматический феномен, психосоматические и соматопсихические взаимодействия, психосоматическое расстройство, психосоматическая болезнь, классические психосоматозы, соматоформные расстройства.
54. Дайте характеристику синдрому вегетативной дистонии («вегетативные кризы», «панические атаки»). Назовите детерминанты вегетативных кризов, клинические проявления и диагностические критерии.

55. Соматоформные расстройства: определение, классификация, клинико психологическая характеристика.

Критерии оценивания результатов обучения

Для оценивания результатов собеседования во время сдачи государственного итогового экзамена

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает раздел; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями раздела почти в полном объеме программы; самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по разделу; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.

Приложение 2

Ситуационные задачи

Задача 1

Катя 8 лет, испытывает значительные трудности при обучении в школе. Проблемы связаны с усвоением навыков письма и чтения. Также жалуется на трудности засыпания.

Внимание. Выполнение пробы «таблицы Шульте» в медленном темпе. В начале обследования 3 мин. 35 сек. На протяжении обследования видны перепады в концентрации внимания.

Двигательная сфера. При обследовании отмечается общая неловкость ребенка.

В кинестетическом праксисе (проба на праксис позы кисти руки) отмечается замедленный поиск заданной позы пальцев, выполнение сложных поз возможно только под контролем зрения, медленно и перебором пальцев.

Динамический праксис – в пробе к-р-л: наблюдается упрощение программы, персеверации. Правильное выполнение возможно только при голосовой инструкции с помощью психолога и в медленном темпе.

Проба Хэда на пространственную и сомато-пространственную организацию рук отмечается – зеркальность при выполнении пробы.

Грубые нарушения отмечены также и в пробе на реципрокную координацию рук. Катя одновременно выбрасывает то раскрытые кисти рук, то сжатые в кулаки; попытки помочь не увенчались успехом.

Восприятие. Отмечается слабость в зрительно-предметном восприятии. Это проявляется при рассмотрении реалистичных изображений: вместо очки – маска; трамвай – поезд. В пробе «недорисованные картинки»: недорисованные картинки – чайник, ножницы, булавка, ведро, весы не назвала даже с помощью психолога. Определила лишь лампочку.

Стратегия зрительного восприятия неустойчивая, девочка воспринимает картинки то слева направо, то справа налево.

Диалогическая речь бедная, ниже возрастной нормы.

Дальнейшее исследование девочки невозможно, т.к. у девочки наблюдались выраженные признаки истощения.

Вопросы к задаче

1. Определите ведущий нейропсихологический симптом, обоснуйте.
2. Выделите основные группы симптомов.
3. Объясните с чем могут быть связаны трудности письма и чтения?
4. Какие ВПФ не были исследованы, перечислите методики?

Ответы:

1. Несформированность корко-подкорковых связей (трудности концентрации внимания, быстрая пресыщаемость, истощаемость, трудности засыпания).
2. Несформированность кинетического праксиса, межполушарного взаимодействия, заднелобных отделов.
3. Несформированность кинетической основы движений лежит в основе трудностей письма.
4. Память – общая, отсроченная, две группы по три слова, кривая памяти. Речь – фонематический слух, понимание квазипространственных конструкций. Интеллектуальная деятельность – наглядно-образное мышление, вербально-логическое, проба «4 лишний», аналогии, тесты Бине, арифметические задания.

Задача 2

У больного О. при поступлении наблюдались головные боли и быстрая астенизация. В последнее время появились трудности при изложении своих мыслей, так как не мог вспомнить нужное слово. Предметы описывал, исходя из их функции. При нейропсихологическом исследовании были выявлены нарушения речи следующего характера: а) извращение звукового состава слова, замена одного слова другим, неблизким по звучанию, б) нарушение повторной речи с трудностями при воспроизведении сходных фонем, в) снижение продукции при назывании существительных, г) наблюдались некоторые трудности в понимании речи и при звуковом анализе слова, д) при чтении и письме путал сходные фонемы

Вопросы к задаче

1. Какие симптомы имели место у больного?
2. Какие синдромы?
3. Локализация очага поражения?
4. Выделите главный нейропсихологический фактор?

Ответы:

1. Симптомы сенсорной и оптико-мнестической афазии.
2. Нейропсихологические синдромы – латеральный (конвекситальный): поражение конвекситальной коры височной области.
3. Верхняя треть второй височной извилины слева.
4. Фонематический фактор.

Задача 3

У больного нарушена точная пространственно организованная и произвольно направленная деятельность артикуляционного аппарата, он не может повторить ни слова, ни слоги, ни звуки. Из анамнеза – перенес ОНМК, в первые дни собственная речь отсутствовала. В настоящее время: речь обеднена, отсутствует фразовая речь. Грубо нарушены чтение вслух и, особенно, запись не только слов, но и букв. Понимание ситуативной речи у больного относительно сохранно, но неточно.

Вопросы к задаче

1. Какая симптоматика наблюдается у больного?
2. Как называется клинический синдром?
3. Локализация очага поражения?
4. Какие вы знаете пробы для исследования орального праксиса?

Ответы:

1. Симптомы дисфункции кинетического праксиса
2. Эфферентная моторная афазия
3. Поражение премоторных отделов, преимущественно левого полушария.
4. Исследование двигательных функций языка, губ и лица, играющих важную роль для построения речевого акта.

Задача 4

Больной К., 38 лет, архитектор, стал испытывать трудности при составлении чертежей, Кроме того, обладая прекрасной пространственной ориентировкой, он вдруг начал испытывать трудности ориентировки в пространстве и не всегда шел в нужном направлении, даже когда эта дорога была ему хорошо известна. Он обратился на консультацию к врачу с жалобами на то, что становится несостоятельным и в жизни, и в профессиональной деятельности. С подозрением на очаговое поражение мозга он был направлен к нейропсихологу. Нейропсихологическое исследование выявило: а) трудности ориентировки в реальном пространстве, б) снижение ориентировки в формализованном пространстве, проявившееся при выполнении проб: копирование с перешифровкой геометрической фигуры и человечка, бутылочки, домик на горке, в зеркальности при выполнении двуручных проб и при воспроизведении фигуры Тейлора, в) нарушения квазипространственных отношений проявились пространственными ошибками в счете.

Вопросы к задаче

1. Какая симптоматика наблюдается у больного?
2. Выделите нейропсихологический синдром?
3. Локализация очага поражения?
4. Какие вы знаете пробы для исследования оптико-пространственного гнозиса?

Ответы:

1. Симптом - трудности ориентации во внешнем зрительном пространстве. Первичная акалькулия.
2. Синдром поражения зоны ТРО.
3. Третичная область коры (задний ассоциативный комплекс)
4. Зеркальные буквы, слепые часы, карты, фигура Тейлора.

Задача 5

У испытуемого И., 30 лет, при исследовании характера функциональной асимметрии мозга выявлено: а) руки: предпочитает держать ложку, писать, рисовать, резать, бросать камень, бить молотком правой рукой, б) ноги: предпочитает прыгать на правой ноге, бить по мячу правой ногой, при закидывании ноги на ногу правая нога сверху, в) тело: вращение вокруг своей оси осуществляется в сторону правой половины тела, г) зрение: первым прищуривается левый глаз, в калейдоскоп смотрит правым глазом.

Вопросы к задаче

1. Какой представлен профиль асимметрии?
2. Определение понятия правого профиля асимметрии?
3. Определение понятия левого профиля асимметрии?
4. Какие вы знаете пробы для исследования профиля асимметрии?

Ответы:

1. Односторонний правосторонний профиль
2. Правосторонний профиль – все пробы правосторонние
3. Левосторонний профиль – все пробы левые
4. Моторные, сенсорные. ИЛП определяется по 5 системам

Задача 6

У больного Е., 48 лет, в течение 2 – 3 месяцев существенно снизилась слухо – речевая память. Работая преподавателем в высшем учебном заведении, он почувствовал свою профессиональную несостоятельность, так как не мог запоминать вновь изученный материал, тут же забывая то, что прочитал несколько минут назад. При этом ранее приобретенные профессиональные знания оставались у него относительно сохранными. При нейропсихологическом исследовании на фоне сохранности фонематического слуха имела место выраженная тормозимость следов памяти в условиях как гомо - , так и гетерогенной интерференции: больной не мог воспроизвести серию из 6 – ти слов и 2 серии по 3 слова. После гетерогенной интерференции в обеих пробах воспроизвел по 1 слову. При назывании предметов подсказка помогала припоминанию. При поступлении в стационар был выставлен предварительный диагноз объемного образования мозга.

Вопросы к задаче

1. Какой нейропсихологический синдром имеет место у данного больного?
2. Выпадение какого фактора наблюдается в данном случае?
3. Локализация очага поражения?
4. Какие вы знаете пробы для исследования памяти?

Ответы:

1. Синдром поражения конвекситальной коры височной области мозга.
2. Сужение объема слухо-речевой памяти.
3. Вторая височная извилина слева.
4. Слухоречевая память, объём запоминания, зрительная и двигательная память.

Задача 7

Больная Д., 48 лет, всегда плохо ориентировалась в пространстве, путая правую и левую стороны. Помогало ей найти правильную дорогу речевое и зрительное опосредование. Однако, в школьный период она получала четверки и пятерки по географии, геометрии и черчению, хотя эти предметы усваивались ей сложнее, чем остальные. За 3 месяца до поступления в стационар она почувствовала сильные головные боли, которые носили

постоянный характер. Ее ориентировка полностью нарушилась и в собственной квартире она не сразу могла найти нужную комнату. При нейропсихологическом исследовании выявлены следующие нарушения: а) трудности ориентировки в реальном пространстве, б) снижение ориентировки в формализованном пространстве, проявившееся при выполнении проб: определение времени на схематических часах, географическая карта, зеркальное письмо, копирование с перешифровкой геометрической фигуры и человечка, бутылочки, домик на горке, совмещение фигур их мысленным вращением. При воспроизведении фигуры Рей – Тейлор имели место 4 пространственные и 2 структурные ошибки на фоне 10 утраченных элементов, в) наблюдалась зеркальность при выполнении двуручных проб, г) нарушения квазипространственных отношений были менее выражены и проявлялись в недостаточном понимании сложных логико – грамматических конструкций и конструкции родительного падежа.

Вопросы к задаче № 7

1. Выделите нейропсихологические симптомы и синдромы
2. Локализация очага поражения?
3. Особенности нейропсихологической симптоматики при поражениях данных отделов в зависимости от стороны поражения?
4. Какие вы знаете пробы для исследования понимания квазипространственных отношений?

Ответы:

1. Синдром поражения зоны ТРО, симптомы семантической афазии.
2. Третичная зона ТРО
3. При правосторонней локализации симптомов семантической афазии не будет.
4. Предложные конструкции «ящик и бочка»; понимание конструкции с творительным падежом, сравнительные конструкции, понимание инверсий.

Задача 8

Испытуемая Б., обвиняется в хищении важных документов. Во время исследования испытуемая держится ровно, спокойно, на вопросы отвечает последовательно, по существу. Цель экспертизы понимает верно, свое психическое состояние в период инкриминируемых ей действий и в настоящее время оценивает как «нормальное». Причины суицидальной попытки объясняет кратко («не нашла выход из сложившейся ситуации»), свои переживания не раскрывает. Жалоб не предъявляет. При выполнении экспериментальных заданий инструкции усваивает, придерживается их в работе. Уровень притязаний достаточно высокий. Выраженных расстройств внимания и умственной работоспособности не обнаруживается, темп деятельности средний.

Объем запоминания в пределах нормы. При непосредственном запоминании из 10 слов воспроизводит 5,10, спустя 1 час — 9 слов. При опосредованном запоминании («Пиктограмма») из 15 понятий, опосредованных образными ассоциациями, правильно воспроизводит все 15. Ассоциации в целом высокого уровня (метафорические, символические), в ряде случаев — формальны и отдалены. Например, на слово «одиночество» рисует дерево («есть песня про рябину в поле, которая стоит одна»), понятие «надежда» опосредует рисунком телефона («обычно все хорошие новости я узнавала по телефону»).

При исследовании мыслительной деятельности на фоне доступности испытуемой категориальных обобщений в целом обнаруживается неравномерность процесса обобщения с трудностями дифференцирования существенного и несущественного и эпизодическим снижением качества ответов вне зависимости от объективной сложности стимульного материала (может сложные задания выполнять на категориальном уровне, а более простые — на конкретно-ситуационном). Выявляется нечеткость мышления с использованием

широких обобщений: так, объединяет в одну группу цветок, яблоко и пальто («везде растения, если пальто х/б — тоже растение»), противопоставляет изображение журавля группе, состоящей из молотка, стола и очков («журавль — это полет, свобода, а остальное — приземленное, усидчивость, работа»), находит общее между сумкой, чемоданом, кошельком и книгой в том, что это «вместилища», при этом указывает, что книга — «вместилище духовных, а другие — материальных вещей», находит различие между ветром и солью в том, что «соль — материальная субстанция, а ветер ни увидеть, ни подержать нельзя». В ряде случаев использует при обобщении маловероятные латентные признаки объектов. К примеру, объединяет гитару, телефон и радио — «звук издают», находит общее между ботинком и карандашом — «ботинком можно писать, подошва пишет на полу, рисует на песке, снегу», различие между рекой и озером находит в том, что «река — это полоса, а озеро — это круг или овал». Условный смысл пословиц передает верно. Способна к установлению логических связей и отношений («Пиктограмма», «Исключение предметов», «Исключение понятий», «Пословицы», «Простые аналогии», «Сравнение понятий»).

Применение проективной методики ТАТ и направленной беседы повышенной склонности к фантазированию не обнаруживает. Напротив, рассказы, продуцируемые испытуемой по неструктурированным сюжетным картинкам, очень кратки, редуцированы, в них отсутствует проникновение во внутренний мир персонажей, развитие сюжета. Действия персонажей характеризуются неконкретно, приблизительно, не может придумать, что предшествовало ситуации, изображенной на картинке, и чем она закончится.

По данным MMPI, опросника Кеттелла и теста Розенцвейга, выявляются следующие индивидуально-психологические особенности: выраженная интровертированность, отгороженность, эмоциональная холодность, независимость от групповых мнений и оценок, сниженная чувствительность к нюансам межличностного общения, нерешительность, сдержанность, подчиняемость, ригидность установок, эмоциональная незрелость, высокий контроль своего поведения, склонность усложнять внутренние проблемы и фиксироваться на фрустрирующих обстоятельствах, хорошее осознание социальных требований, эмоциональная устойчивость. Следует отметить не выраженность в настоящее время тревоги и эмоциональной напряженности.

Вопросы к задаче:

1. Какой симптомокомплекс указан.
2. Что является ведущим в данном симптомокомплексе.
3. С чем можно проводить дифференциальную диагностику.
4. Каковы детерминанты данного состояния.

Ответы:

1. Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают нарушения мыслительной деятельности: нечеткость мышления и неравномерность процесса обобщения с трудностями дифференцирования существенного и несущественного, эпизодическим снижением качества ответов вне зависимости от объективной сложности заданий, искажение процесса обобщения с использованием широких обобщений и маловероятных латентных признаков объектов, а также отдаленных ассоциативных связей. Выраженных расстройств внимания, памяти, умственной работоспособности не обнаруживается. Интеллектуальный уровень в целом высокий — испытуемая способна к абстрагированию, объяснению условного смысла, установлению логических связей. Повышенной склонности к фантазированию не отмечается. Выявляется выраженная интровертированность, отгороженность в сочетании с эмоциональной холодностью, сниженная чувствительность к нюансам межличностного общения.

2. Шизофренический

3. Патологического фантазирования не выявлено.

4. С шизофреническим и личностным симптомокомплексом.

Задача 9

Испытуемый Ш., обвиняется в убийстве. Во время исследования испытуемый подробно рассказывает о себе, о содеянном, часто плачет. Склонен в сложившейся ситуации обвинять себя, свою «бесхарактерность». Считает себя «очень нервным». Фон настроения снижен. Эмоционально неустойчив. Оценивая свои качества, говорит, что он «довольно умный, с хорошим, но податливым характером», заявляет, что «если бы все такие были как я — легче бы жилось».

При выполнении заданий придерживается инструкций, активно интересуется результатами выполнения отдельных заданий и исследования в целом, мнением экспериментатора о своих способностях. В ходе исследования в целом и в отдельных методиках обнаруживаются колебания умственной работоспособности (например, на пять таблиц Шульте затрачивает соответственно 90, 75, 50, 85, 72 с), нарушения концентрации и распределения внимания. Темп сенсомоторной деятельности замедлен (12—22 счетных операций в минуту в «Счете по Крепелину»). Под влиянием сильной мотивации достижения деятельность дезорганизуется.

Объем запоминания существенно снижен. При непосредственном запоминании 10 слов воспроизводит: 4, 6, 5, 5, 6, спустя 1 час — 5 слов. В «Пиктограмме» воспроизводит верно 5 и 4 близко по смыслу из 15 опосредованных образными ассоциациями понятий.

Образные ассоциации адекватны, конкретного уровня, отражают ситуационные переживания испытуемого. Например, на слово «печаль» рисует склонившуюся березу: «Природа... а здесь природы нет — одна тоска». При объяснении опосредующей связи понятия и образа склонен к рассуждательству. Вербальные ассоциации в целом адекватные. Выявляется бедность ассоциативных связей: на несколько разных слов-стимулов отвечает одинаково: «любовь — вражда», «мир — вражда», «измена — вражда». Обнаруживаются выраженные колебания времени реакции (от 1 до 20 сек) на общем фоне замедленного ассоциирования (в среднем латентный период ответных ассоциаций 2—5 сек).

При исследовании мыслительной деятельности выявляется снижение уровня обобщения, недостаточность абстрагирования, конкретность мышления. Обобщает предметы по конкретно-ситуационным связям, второстепенным конкретным признакам, затрудняется в подборе обобщающего слова для группы предметов или понятий («Классификация предметов», «Исключение предметов», «Исключение понятий»). Не может объяснить переносного смысла малознакомых или незнакомых пословиц («Объяснение пословиц»), не сразу улавливает смысл короткого рассказа («Проба Эббингауза»), с трудом устанавливает последовательность событий по серии сюжетных картинок. В объяснение простых пословиц привносит собственные переживания, факты своей биографии. В ходе выполнения заданий контроль умственных действий снижен.

Личность испытуемого (по данным теста Розенцвейга и «Самооценки») характеризуется эмоциональной неустойчивостью, эгоцентризмом, ригидностью, склонностью к реакциям самообвинения в сочетании со стремлением возложить ответственность за конфликты на окружающих.

Вопросы к задаче:

1. Какие выводы можно сделать по данному исследованию.
2. Что в данном симптомокомплексе является ведущим, а что вторичным.
3. С чем нужно дифференцировать данное состояние.
4. Каковы детерминанты данного состояния.

Ответы:

1. Таким образом, психологическое исследование выявляет интеллектуально-мнестическое снижение — сужение объема непосредственного и опосредованного запоминания, низкий уровень обобщения и абстрагирования, конкретность мышления в сочетании с колебаниями умственной работоспособности, замедленность темпа деятельности, нарушения концентрации и распределения внимания.

Контроль умственных действий в ходе исследования снижен. Отмечается дезорганизация деятельности под влиянием аффективно значимых воздействий.

Обнаруживаются следующие индивидуально-психологические особенности:

слабодушие, эмоциональная неустойчивость, эгоцентризм, ригидность, склонность к реакциям самообвинения в сочетании со стремлением возложить ответственность на окружающих в стрессовых ситуациях. Состояние испытуемого характеризуется сниженным фоном настроения и фиксацией на собственных переживаниях.

2. Органическое поражение головного мозга вторичное, возникло вследствие черепно-мозговых травм.

3. Дифференциальная диагностика между расстройством личности и органическим поражением головного мозга.

Задача 10

Испытуемый В., 15 лет, обвиняется в краже. В начале беседы вял, пассивен, характеризует себя как «заядлого хулигана». Говорит, что у него «никогда ничего не получается». В ходе исследования оживляется, начинает обнаруживать адекватные эмоциональные реакции, самооценка выравнивается. Правонарушение отрицает.

Заявляет, что согласен с мнением врачей, что у него «эпилепсия, олигофрения, умственная отсталость, задержка развития — это же не я ставил, а они с детства». Задания выполняет в достаточно быстром темпе, усваивая инструкции с первого раза. При выполнении заданий ориентируется на оценки экспериментатора, соглашается с его замечаниями, стремится учесть их при исправлении своих ошибок. Запас общих сведений и знаний достаточный — называет фамилии известных писателей, космонавтов, руководителей правительства ряда стран, перечисляет страны света, столицы крупных государств и т.п.

Обнаруживает хорошую ориентировку в практических ситуациях (из субтеста Векслера). Процесс запоминания в пределах нормы. Динамика заучивания 10 слов (непосредственное запоминание): 5, 6, 8, 9, 10, отсрочено (через час) воспроизводит 9 слов. При опосредованном запоминании (метод «Пиктограмма») из 10 понятий, опосредованных образами, воспроизводит точно — 9 и близко по смыслу — 1 понятие.

Опосредования понятий образами затруднений у испытуемого не вызывает — продуцирует образные ассоциации быстро, способен опосредовать и абстрактные понятия типа «печаль», «развитие» и пр. По содержанию образы адекватны, по уровню в основном конкретны, но в отдельных случаях — и более высокой степени обобщенности. При исследовании мыслительных процессов выявляется достаточно высокий уровень обобщения и абстрагирования — испытуемый правильно группирует предметы («Классификация предметов»), дает образованным группам обобщающие названия, на последнем этапе справляется с образованием более обобщенных групп предметов («живые существа», «хозяйственные принадлежности», «растительные»).

Испытуемый обнаруживает понимание причинно-следственных логических связей, как на вербальном, так и на наглядно-образном материале. Правильно устанавливает последовательность событий по серии сюжетных картинок, составляет по ним рассказы, улавливая подтекст разворачивающегося сюжета. Справляется с завершением предложений, прерывающихся на «потому что...», и «хотя...»

Выявляется недостаточная сформированность навыков счета и письма — пишет медленно, с грамматическими ошибками; в арифметических операциях сложения и вычитания допускает ошибок мало, но считает очень медленно (в «Счете по Крепелину» 15—25 операций в мин).

При исследовании конструктивного мышления («Кубики Кооса») самостоятельно справляется со складыванием простейших орнаментов из четырех кубиков. При переходе на девять кубиков испытывает затруднения, но после дозированной помощи — объяснения экспериментатором принципа выполнения задания — усваивает способ действия и осуществляет перенос усвоенного способа на другие варианты орнаментов. В ходе исследования обнаруживаются не резко выраженные нарушения распределения и переключения внимания.

Вопросы к задаче:

1. Какие выводы можно сделать по данному исследованию.

2. Определите степень выраженности психических изменений.

3. С чем нужно проводить дифференциальную диагностику.

4. Назовите детерминанты данного состояния.

Ответы:

1. Таким образом, при психологическом исследовании выявляется достаточный запас общих сведений и знаний, ориентировка в практических ситуациях.

Объем запоминания в пределах нормы. Уровень обобщения и абстрагирования достаточный — на фоне конкретных группировок объектов испытуемый способен и к более категориальным обобщениям. Формальная логика суждений, способность к установлению причинно-следственных связей не нарушены. Недостаточно сформированы навыки письма, счета, оперирования зрительно-пространственными представлениями.

Обнаруживается обучаемость испытуемого.

Отмечаются не резко выраженные нарушения распределения и переключения внимания.

2. Задержка психического развития в результате педагогической запущенности.

3. Задержкой психического развития, умственной отсталостью.

Задача 11

Испытуемый К., обвиняемый в дезертирстве. С четырех лет воспитывался одной матерью, без отца. Когда отец, страдающий алкоголизмом, жил с ними, он часто бил сына, и у К. с тех пор, по показаниям матери, остался панический «животный» страх перед побоями, драками, любыми критическими ситуациями. Рос замкнутым, нерешительным, обидчивым, стеснительным. Любил животных, был очень привязан к матери. Окончил 8 классов, работал на заводе, был призван на воинскую службу. После призыва в армию стал подвергаться неуставным отношениям (побоям и издевательствам) со стороны старослужащих. Трижды совершал самовольные отлучки, приезжал к матери. Каждый раз мать привозила его обратно в воинскую часть. Находясь на гауптвахте, К. глотал гвозди, резал себе вены. Был направлен на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. При психологическом обследовании выраженных расстройств познавательной деятельности у К. не обнаруживалось. Отмечались не резко выраженные колебания внимания, утомляемость. По данным опросника Кеттелла, теста Розенцвейга и других методик, а также психологического анализа сведений, содержащихся в уголовном деле, у К. были диагностированы следующие индивидуально-психологические особенности: повышенная чувствительность, ранимость, эмоциональная неустойчивость, трудности принятия решений с затруднениями нахождения адекватных конструктивных выходов из конфликтных ситуаций, интравертированность, мягкость, робость, скрытность, подчиняемость и зависимость, потребность в помощи и поддержке, склонность ориентироваться на общепринятые нормы поведения, высокий уровень тревожности и внутренней напряженности.

Вопросы к задаче:

1. Что оказало существенное влияние на поведение подэкспертного при совершении инкриминируемых ему действий.

2. Имелась ли у подэкспертного дезорганизация психической деятельности, если имелась, то чем она была выражена.

3. Что привело подэкспертного к нарушению принятия решения с ограничением правильного прогноза и контроля своих действий.

4. С каким состоянием нужно проводить дифференциальную диагностику.

Ответы:

1. Таким образом, при психологическом исследовании выявлено, что выраженных расстройств познавательной деятельности у К. не обнаруживалось. Отмечались не резко выраженные колебания внимания, утомляемость. По данным опросника Кеттелла, теста Розенцвейга и других методик, а также психологического анализа сведений, содержащихся в

уголовном деле, у К. были диагностированы следующие индивидуально-психологические особенности: повышенная чувствительность, ранимость, эмоциональная неустойчивость, трудности принятия решений с затруднениями нахождения адекватных конструктивных выходов из конфликтных ситуаций, интравертированность, мягкость, робость, скрытность, подчиняемость и зависимость, потребность в помощи и поддержке, склонность ориентироваться на общепринятые нормы поведения, высокий уровень тревожности и внутренней напряженности.

Анализ материалов уголовного дела и экспериментального обследования позволил прийти к выводу, что выявленные индивидуально-психологические особенности К. оказали существенное влияние на его поведение при совершении инкриминируемых ему действий. В психотравмирующих условиях обострились такие его личностные черты, как повышенная ранимость, эмоциональная неустойчивость, нерешительность и пассивность. Они обусловили рост тревоги, внутренней напряженности, сопровождавшихся чувством сильного страха, ощущением субъективной безвыходности из сложившейся ситуации, восприятием возникших проблем как неразрешимых, потребностью в помощи и поддержке. Субъективная непереносимость психотравмирующих воздействий, осмысление ситуации как неразрешимой, в сочетании с доминированием мотивации избегания и трудностей принятия самостоятельных решений привели К. к резкому ограничению выбора возможных вариантов поведения, обусловили пассивный уход из конфликтной ситуации с нарушениями возможности полноценно контролировать свой поступок и прогнозировать его возможные последствия, т. е. ограничили его способность в полной мере осуществлять произвольную волевую регуляцию своих действий.

В данном примере взаимодействие личностных особенностей испытуемого, в основном характерологического уровня, с психотравмирующей, фрустрирующей его ситуацией привело к нарушению звена принятия решения с ограничением адекватного прогноза и контроля своих действий.

Однако следует учесть, что понятие индивидуально-психологических особенностей является собирательным и наряду с направленностью личности, особенностями мотивационной, волевой, эмоциональной сфер, характера, темперамента, познавательной деятельности включает в себя и социокультурно обусловленные ценностные ориентации, особенности смыслового восприятия различных ситуаций, стереотипы поведения и эмоционального реагирования. Эти особенности также в определенных условиях могут оказывать существенное влияние на поведение обвиняемого, ограничивая возможность полноценного и адекватного отражения ситуации и осознания значения своих действий, а также произвольной и осознанной регуляции, контроля своих поступков.

2. Острая реакция на стресс.

3. Расстройством личности, умственной отсталостью.

Задача 12

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза испытуемой С., обвиняемой в убийстве своего новорожденного ребенка. При клинико-психологическом освидетельствовании испытуемой выяснилось, что она росла в казахском селе, расположенном в Узбекистане, воспитывалась в многодетной казахской семье, где доминировали патриархальные обычаи и традиции: авторитарность отца, традиционное распределение ролевых функций в семье, особенности полового воспитания (осуждение добрачных половых связей, вывешивание простыни во дворе после первой брачной ночи). Беременность у нее наступила вследствие изнасилования ее незнакомыми мужчинами узбекской национальности, в период ее обучения на последнем курсе СПТУ. О случившемся никому не рассказывала, боялась «позора для семьи», изгнания из дома, считала, что, если об этом узнают, то никогда не сможет выйти замуж. При этом не обращалась в женскую консультацию, не осуществляла попыток прервать беременность. Не знала, что делать, о будущем старалась не думать. Осенью, по настоянию родителей поехала поступать в один из подмосковных техникумов, где, проживая на квартире у знакомых, неожиданно для себя родила ребенка. В период, непосредственно предшествующий родам, почувствовала

недомогание, не связала это с родами, считала, что у нее болит живот. Когда ребенок закричал, утопила его в бачке с водой.

Эксперты пришли к выводу, что С. психическим заболеванием не страдает, а также не обнаруживает признаков какого-либо болезненного расстройства психики, которые лишали бы ее возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Вопросы к задаче:

1. Какие особенности подэкспертной оказали существенное влияние на её поведение в исследуемой ситуации.

2. Что обусловило сужение выбора возможных вариантов поведения подэкспертной.

3. Имелась ли у подэкспертной дезорганизация психической деятельности, если имелась, то чем она была выражена.

4. С каким состоянием нужно проводить дифференциальную диагностику.

Ответы:

1. Таким образом, при психологическом исследовании выявлено, что у С. выявились следующие индивидуально-психологические особенности: стремление строить свое поведение в соответствии с ожиданиями значимых людей и их ценностными ориентациями; покорность, подчиняемость, повиновение своим родителям (даже при внутреннем несогласии с ними), боязнь их ослушаться; особо значимой является система ценностей, включающая усвоение местных национальных обычаев и традиций (в том числе и касающихся регуляции половой жизни женщин); кроме того, С. свойственны сдержанность, тенденция не раскрывать свои чувства и переживания, трудности принятия самостоятельных решений, особенно в субъективно сложных ситуациях. Эти особенности оказали существенное влияние на ее поведение в исследуемой ситуации: они определили сокрытие факта изнасилования и беременности от окружающих; непосредственно в момент совершения инкриминируемых ей действий эти личностные особенности привели после неожиданных для нее родов к возникновению состояния крайней растерянности с выраженным чувством страха, что о рождении ребенка узнают ее родители и жители ее села, с ощущением субъективной безвыходности и доминированием мотивации скрыть рождение ребенка, спрятать его. Это обусловило сужение выбора возможных вариантов поведения и ограничение способности к прогнозированию возможных последствий своих поступков и исследуемой ситуации.

2. Острая реакция на стресс.

3. Состоянием аффекта.

Задача 13

Дело военнослужащего К., обвиняемого в умышленном убийстве фельдшера Ф. Из материалов уголовного дела, медицинской документации, показаний подсудимого и свидетелей в судебном заседании известно, что раннее развитие без заметных отклонений, был скромным, послушным, подчиняемым, не очень общительным, жалостливым, добрым, слабым по характеру, трусливым, стремился избегать конфликтных ситуаций, не мог постоять за себя в случае необходимости, был аккуратным и очень чистоплотным. Попав в армию, стал нерасторопным, не следил за собой, личную гигиену не соблюдал. Через некоторое время начал стационарно лечиться в медпункте части по поводу флегмоны ноги. Ф. заставлял К. делать самую грязную работу, каждую ночь выполнять обязанности дневального, при отказах избивал. Свидетели показывали, что в этот период К. выглядел мрачным, угнетенным, замученным, подавленным. За неделю до правонарушения Ф. дал закурить ему самодельную сигарету с наркотиком, после чего, воспользовавшись беспомощным состоянием К., совершил насильственный акт мужеложства. После этого К. переживал чувство страха, обиды, боялся огласки. В день правонарушения К. был вновь изнасилован Ф. и неизвестным ему «гражданским» в кабинете начмеда. Испытывал чувство унижения, оскорбления, подавленность и страх. Решил покончить жизнь самоубийством, пошел искать веревку в месте хранения инструментов, но ее не нашел. Увидел там гаечный ключ, и возникла мысль убить обидчиков. Вернулся в кабинет, подошел к спящему Ф. и

нанес ему удар ключом по голове. После этого ключ выпал из рук, его трясло, возникла мысль: «Откуда кровь?». В это время ему показалось, что Ф. «еще хрипит». Перенес тело Ф. в блиндаж, где с помощью брючного ремня потерпевшего подвесил его за шею к трубе. Смерть Ф. наступила от механической асфиксии. К. вернулся в палату и заснул. Через час его разбудили, об убийстве вспомнил только тогда, когда стали искать Ф.

Вопросы к задаче:

1. Как можно определить данное состояние.

2. Что привело подэкспертного к нарушению принятия решения с ограничением правильного прогноза и контроля своих действий.

3. Имелась ли у подэкспертного дезорганизация психической деятельности, если имелась, то в чем она была выражена.

4. С чем нужно проводить дифференциальную диагностику.

Ответы:

1. Таким образом, при психологическом исследовании выявлено, что после призыва на военную службу у К. наступила социальная дезадаптация, сопровождающаяся заострением его личностных черт, появлением регрессивных форм поведения, ограничением круга общения, снижением активности. В период стационарного лечения на фоне дезадаптации, соматического неблагополучия, астенизации, связанной с недосыпанием в результате систематических психотравмирующих воздействий со стороны Ф., у К. происходило накопление эмоциональной напряженности. Присущие К. особенности личности препятствовали непосредственному отреагированию напряженности, повышая чувствительность к вновь возникающим фрустрирующим воздействиям по механизму «порочного круга». Противоправные действия потерпевшего привели к такому усилению эмоциональной напряженности К. (с выраженным страхом, обидой, чувством унижения, сосредоточением эмоциональных переживаний на угрозе возможного повторения случившегося и боязни огласки), что наступило частичное сужение сознания с ощущением субъективной безысходности, суицидальными намерениями в сочетании с доминированием аффективно обусловленной мотивации достичь «ликвидации» сложившейся личностно непереносимой ситуации. Сознание К. с этого момента фиксировалось исключительно на реализации возникшей сверхзначимой мотивации. Это резко нарушило процесс целеполагания и ограничило субъективные представления о возможных способах разрешения сложившейся ситуации, привело к импульсивности принятия решения «убить Ф». Его последующие действия — нанесение удара ключом, перенос тела потерпевшего и последующее удушение последнего — реализовывало аффективно обусловленную цель, сопровождалось ограничением адекватной оценки своих действий и прогностических функций (парциальной некритичностью), резким снижением самоконтроля и появлением несвойственной его личностной структуре брутальной агрессии. Последующее поведение К. характеризуется дезорганизацией, истощением, с последующим сном.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что состояние К. в тот период следует квалифицировать как выраженное эмоциональное напряжение, оказавшее существенное влияние на его сознание и поведение и ограничившее возможность осознания значения своих действий и их контроля, регуляции.

2. Острая реакция на стресс.

3. Состоянием аффекта.

Задача 14

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза Л., 22 года, обвиняемой в убийстве своего новорожденного ребенка. По характеру была исполнительной, боязливой, обидчивой, не могла за себя постоять. В школе училась средне, интереса к учебе не проявляла, стремилась к дружбе с мальчиками старшего возраста. Половая жизнь с 17 лет вне брака, имела три беременности, две предыдущие из них закончились искусственными родами. После того, как узнала о последней беременности, в течение двух недель принимала таблетки для ее прерывания, однако безрезультатно. Она решила рожать, скрыв свое

состояние от родных. На восьмом месяце беременности вышла замуж за старого знакомого. В день свадьбы Л. сообщила мужу о своей беременности, к чему он отнесся отрицательно и потребовал прервать ее. В женской консультации направление на аборт ей не дали из-за большого срока беременности, а на искусственные роды требовались большие деньги, которых у нее не было. Тем не менее, сообщила мужу, что беременность прервала.

В день правонарушения находилась дома с мужем и сестрой. Поздно вечером, запершись в ванной комнате, родила жизнеспособного ребенка, нанесла ему сорок пять колото-резаных ран и выбросила труп младенца в окно.

При экспериментально-психологическом исследовании на фоне невысокого темпа умственной работоспособности, снижения активности внимания и контроля своих умственных действий, нерезко выраженной утомляемости выявилось некоторое снижение объема запоминания, невысокий уровень обобщения и абстрагирования. Были обнаружены следующие индивидуально-психологические особенности: дисгармоничная структура личности с сочетанием, с одной стороны, черт аффективной ригидности, настороженности по отношению к окружающим, осторожности, озабоченности возможными последствиями своих поступков, стремлением их планировать, высокой степени опосредованности собственных действий, сдержанности в общении, и с другой — эмоциональной неустойчивости, снижения контроля эмоциональной сферы, импульсивности, повышенной чувствительности. Выявилась негибкость поведения в стрессовых условиях и неожиданных ситуациях, с легкостью возникновения реакций растерянности, чувства вины, тревожно-депрессивных состояний, неуверенностью в себе и неумением принимать самостоятельные решения в конфликтных ситуациях, зависимостью от мнения старших, тенденцией избегать агрессивных форм поведения при фрустрации. Клиническое исследование позволило прийти к выводу, что Л. в момент совершения инкриминируемых ей деяний хроническим психическим заболеванием не страдала, обнаруживала остаточные явления органического поражения головного мозга. В этот период времени у Л. не было и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности. Эксперты-психиатры пришли к заключению, что Л. могла отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, и рекомендовали суду в отношении инкриминируемого деяния считать ее вменяемой.

Вопросы к задаче:

1. Какие особенности личности или условия оказали существенное влияние на поведение подэкспертного.

2. Как можно определить возникшее состояние подэкспертного.

3. Имелась ли у подэкспертного дезорганизация психической деятельности, если имелась, то чем она была выражена.

4. С чем нужно проводить дифференциальную диагностику.

Ответы:

1. Таким образом, при психологическом исследовании выявлено, состояние Л. в период, предшествовавший инкриминируемым ей действиям, характеризовалось ростом эмоционального напряжения, обусловленного субъективным противоречием (внутриличностным конфликтом) между собственным стремлением родить ребенка, с одной стороны, и изменившимся отношением к ней мужа (после того, как тот узнал о беременности), давлением мужа и родственников с требованием избавиться от будущего ребенка, — с другой. Кумуляции эмоционального напряжения способствовали попытки Л. найти выход из стрессовой ситуации, закончившиеся неудачами и дополнительными фрустрациями (не смогла сделать аборт из-за позднего срока беременности; не могла развестись с мужем: блокированным оказалось желание уехать к отцу и там родить ребенка из-за отсутствия денег). Существенное влияние на кумуляцию эмоционального напряжения оказали также такие индивидуально-психологические особенности Л., как аффективная ригидность с застреваемостью на фрустрирующих воздействиях, неуверенность в себе, зависимость от мнения авторитетных лиц, которые препятствовали непосредственной разрядке внутреннего напряжения и обусловили решение сказать мужу, что она избавилась от ребенка. Уровень эмоционального напряжения Л. был настолько высоким, что

сопровождался выраженной тревогой, повышенной раздражительностью, страхами, нарушениями сна. Начавшиеся роды воспринимались Л. субъективно как внезапные и неожиданные, вызвали у нее дальнейший рост эмоционального напряжения, реакцию растерянности, дезорганизацию структуры поведения, чему существенно способствовали такие личностные черты, как эмоциональная неустойчивость, негибкость поведения в стрессовых условиях и неожиданных ситуациях, склонность к тревожно-депрессивным реакциям. Интенсивное эмоциональное напряжение у Л. сопровождалось выраженным чувством страха, отчаяния и ощущением субъективной безвыходности из сложившейся ситуации. В этот момент произошло частичное сужение сознания Л. с фрагментарностью восприятия, доминированием личностно значимых переживаний и аффектогенно обусловленной мотивации скрыть рождение ребенка от мужа и окружающих. Ее сознание с этого момента фиксировалось исключительно на реализации возникшей сверхзначимой мотивации, что резко снизило ее способность к адекватной оценке ситуации и собственных действий, нарушило процесс целеполагания, ограничило субъективные представления о возможных вариантах выхода из сложившейся ситуации, привело к выраженному снижению контроля с высвобождением импульсивных действий и расстройствами прогностических функций.

2. Острая реакция на стресс.

3. Состоянием аффекта.

Задача 15

Подэкспертная К., 19 лет, поехала навестить своего жениха, который служил в одной из воинских частей Подмосковья. В ожидании попутного транспорта она познакомилась с четырьмя молодыми людьми, которые вызвались подвезти ее. Под предлогом того, что необходимо немного подождать, пока один из них возьмет из гаража автомобиль, они привели ее в квартиру, где предложили выпить К. бокал шампанского. В спиртное ими было добавлено снотворное, действие которого в сочетании с алкоголем довело К. до беспомощного состояния. Затем двое из них раздели К. и совершили насильственные половые акты, в том числе и в извращенной форме. В процессе изнасилования и до посадки в попутный автотранспорт до Москвы они похитили у потерпевшей все ее деньги. Спустя месяц после возвращения в родной город К. покончила с собой.

Психологический анализ материалов уголовного дела выявил у К. такие индивидуально-психологические особенности, как высокий уровень интеллектуального развития, некоторую скрытность, замкнутость, целеустремленность, склонность глубоко переживать свои неудачи. Ценностно-смысловая сфера характеризовалась, прежде всего, незрелостью социальных установок с инфантильными идеализированными представлениями об окружающей действительности, односторонней верой в высокоморальные качества других людей. Эти социальные установки и ожидания отразились на таких особенностях ее характера, как честность, принципиальность, доверчивость. В то же время они реализовывались в ее поведении через повышенную требовательность к себе и окружающим, негибкость поведения с прямолинейностью и бескомпромиссностью. К. отличалась выраженной просоциальной направленностью, ее актуальные жизненные замыслы были связаны с желанием стать врачом, помогать людям. Реализации жизненных замыслов, планов способствовали такие ее особенности, как отзывчивость, готовность всегда прийти на помощь, высокое чувство ответственности, долга, добросовестность, трудолюбие. Кроме того, К. собиралась выйти замуж, и у нее были сильно развиты представления о женской «чистоте», чести. Непосредственно после изнасилования К. говорила, что «не переживет изнасилования», появилось ощущение бессмысленности жизни, ее «пустоты», стала думать, что не сможет работать медиком, не хотела продолжать учебу в медучилище, возникло чувство потери «цели» жизни. Стала ощущать себя «грязной», говорила, что «не представляет, как до нее теперь сможет дотронуться мужчина», стала думать, что не сможет выйти замуж.

Вопросы к задаче:

1. Имелись ли у К. индивидуально-психологические особенности, если имелись, то,

какие.

2. Какие особенности потерпевшей препятствовали адекватной переработке внутреннего конфликта, поиску и нахождению конструктивных путей выхода из сложившейся ситуации и преодолению сложившейся ситуации в целом.

3. Какое состояние развилось у потерпевшей.

4. С чем можно дифференцировать состояние потерпевшей.

Ответы:

1. Таким образом, при психологическом исследовании выявлено, что такие особенности К., как психическая негибкость, повышенная требовательность к себе и окружающим, прямолинейность, бескомпромиссность, скрытность, замкнутость, препятствовали адекватной переработке внутреннего конфликта, поиску и нахождению конструктивных путей выхода из сложившейся ситуации и преодолению психологического кризиса в целом.

2. Депрессивное состояние.

Задача 16

После начала военного конфликта в Донецкой области большое количество людей перебралось в экстренном порядке на территорию России. Эвакуированных людей в местах расселения коренные жители встречали не доброжелательно, наблюдалась нехватка жилья и рабочих мест. В поселках ощущалась острая нехватка необходимых социальных объектов.

Вопросы к задаче:

1. Определите основные риски развития ситуации в группе беженцев.

2. Какие мероприятия могут быть осуществлены психологом для минимизации, компенсации или устранения возможных рисков?

3. Опишите работу психолога с семьями беженцев.

4. Опишите работу психолога с коренными жителями негативно настроенными на приезд беженцев.

Ответы:

1. Определите основные риски развития ситуации в группе беженцев

Основной набор психологических проблем беженцев составляют: 1. Посттравматические стрессовые расстройства у лиц с травматическим опытом, пережитым на Родине или в процессе миграции. 2. Стресс аккультурации, как реакция на новые социокультурные условия в принимающей стране. 3. Различные невротические расстройства, в том числе, депрессии, суицидальность, тревожные расстройства, страхи. 4. Психосоматические расстройства. 5. Кризис идентичности.

Стрессогенность ситуации беженцев с Украины определяется комплексом психологических переживаний:

- травматические переживания, связанные с военными действиями, вооруженными конфликтами, смертельной опасностью, гибелью близких;
- стрессовые переживания, связанные с потерей «прошлого» и необходимостью начинать все заново;
- смена места жительства ведет к смене микрокультурной среды, языка, жизненного уклада, ценностей и может приводить к «микрокультурному шоку»;
- временная вынужденная разлука с семьей и близкими;
- потеря социального статуса, работы, профессии.

Происходит своеобразный разрыв психологического временного пространства прошлой жизни со всеми ее приобретениями и неопределенностью перспектив будущего.

Среди реакций личности детей беженцев отмечаются: повышенная тревожность, невротические реакции, агрессия, депрессия, страхи. Это может сопровождаться нарушениями социальных связей, межгрупповыми конфликтами, агрессией, пассивностью и изоляцией.

2. Какие мероприятия могут быть осуществлены психологом для минимизации, компенсации или устранения возможных рисков?

- Индивидуальное консультирование детей и взрослых помогает справиться с пережитыми травмами, культурным шоком, стрессом и трудностями адаптации. Особое место в индивидуальной работе занимает психодиагностика состояния и проблем мигрантов, что связано с затруднениями в формулировании запроса. В этом случае целесообразно применение как опросных, так и проективных методов, которые не только помогают выявлять наличие проблем, но и способствуют осознанию и пониманию необходимости их решения самим клиентом. В индивидуальной работе важно учитывать культурные аспекты. Например, на начальных этапах взаимодействия с беженцами фокусироваться не на личностных особенностях позволяющих снять психофизическое напряжение.

- Семейное консультирование направлено на гармонизацию отношений между супругами, детьми и родителями, подорванными тяжёлыми жизненными испытаниями, а также неопределённостью положения и бытовыми трудностями на новом месте. Семейное консультирование с мигрантами приносит успех, когда работа фокусируется на наиболее «аккультурированных» и мотивированных членах семьи, которые больше готовы к взаимодействию с психологом: посредством изменения части системы изменяется и система в целом. С наиболее «подготовленными» членами семьи проводятся также индивидуальные сеансы. Нередко функции психолога расширяются, и он выступает в роли педагога и культурного медиатора: помогает семье формировать открытую систему, использующую все наличные ресурсы общины. Для лучших результатов подключаются естественные системы поддержки - члены расширенной семьи, лидеры общин.

- Групповая работа с детьми и взрослыми направлена на интегрирование беженцев и лиц, ищущих убежище, в российское общество и развитие навыков межкультурного общения. Групповая психологическая работа с детьми включает тренинги, направленные на развитие коммуникационных навыков и навыков творческого самовыражения, на снижение уровня страхов и тревоги; занятия по арт-терапии. Ведется также групповая беженцев и вынужденных переселенцев, которая заключается в проведении регулярных тренингов по следующим темам: совершенствование межличностных отношений между членами группы, психологические основы информационного обмена, индивидуальные и культурные особенности организации и осуществления коммуникации, психотехника делового общения (беседы, телефонный разговор, организация и проведение дискуссии, публичного выступления), диагностика лидерских способностей и методы их развития, способы нормализации социально-психологического климата в группе, навыки психосоматической регуляции, развитие межкультурной сензитивности и др.

- Психокоррекционные программы разрабатываются в зависимости от типа проблемы клиента, личностных особенностей, уровня когнитивного развития, культурных особенностей, а также степени владения русским языком. В зависимости от особенностей клиента акцент делается на вербальных или невербальных методах; работа проводится в рамках индивидуального консультирования, индивидуальной терапии, или клиент включается в тренинговую группу. Разнообразными техниками и приёмами оказания психологической помощи: Арттерапия, Психодрама, Социодрама, Телесно-ориентированные практики, Сказкотерапия, Поддерживающая психотерапия, Индивидуальное консультирование. При работе со взрослыми беженцами и лицами, ищущими убежища, акцент делается на коррекции психического состояния, преодолении трудностей в межличностном общении, межкультурном взаимодействии и адаптации к новым условиям, личностных конфликтах, семейных проблемах - супружеских и детско-родительских.

3. Опишите работу психолога с семьями беженцев.

Для оказания психологической помощи в течение нескольких сессий (хотя бы 5-10), хорошо зарекомендовал себя подход, включающий три метода:

- вербализация,
- детализация,
- минимизация.

Вербализация. Человек должен проговорить все свои переживания. Как правило, запрос на психологическую помощь клиент произносит уже в своей первой фразе. «Я хочу забыть», «Я не хочу испытывать страх» и т.п. С этим запросом и нужно работать, чутко

уловив его, хотя последующие фразы могут быть совсем не об этом и уводить далеко от настоящей проблемы.

Чем больше человек говорит о пережитом, чем чаще он заново «проживает» ситуацию, тем меньше остается острых эмоций и страхов. И хотя они на этом этапе еще не уходят, возникает некое привыкание к прожитой ситуации, ее осмысление, понимание, что все могло быть хуже. На данном этапе важно показать ценность того, что у человека осталось - его жизни. Да, потерян дом, имущество, возможно, близкие люди. Но осталась жизнь.

Часто приходится сталкиваться с тем, что пострадавший не может говорить о пережитом страхе. Чтобы помочь ему в этом, можно использовать прием «Взгляд наблюдателя». В этом случае мы предлагаем человеку рассказать о том, что с ним случилось, от третьего лица. Таким образом мы даем психологическую защиту, человек как бы не участвует в событиях, наблюдает происходящее со стороны, но в то же время может рассказать о том, что случилось. «Представь, что ты тележурналист. Ты стоишь на другой стороне улицы, у тебя в руках телекамера и микрофон. Ты смотришь в объектив. Что ты видишь?», - так можно инициировать рассказ от третьего лица.

С теми, кто хочет забыть о произошедшем, необходимо работать осторожнее. Разрешение «ты можешь забыть, если хочешь, но сейчас ты можешь об этом говорить» часто положительно влияет на человека, и он начинает рассказывать.

На этой стадии нужно позволять человеку плакать. Горе выходи со слезами и со словами. Чем больше выплакано и выговорено, тем быстрее проходит острый период.

В состоянии острого ПТСР человек бывает подобен ребенку, логика не работает. В этом случае большой ошибкой является относиться к пострадавшим как к взрослым людям. На этом этапе уместны простые фразы, понятные детям, простая забота о первичных потребностях: еда, тепло. Помогающий должен избегать назидательного тона, взяв на себя роль заботливого родителя.

Детализация. Следующий этап проговаривания прожитого. «Расскажите подробнее». Чем более подробно рассказывает человек о случившемся, тем активнее он освобождается от этого груза. На этом этапе необходимо очень точно видеть границу, дальше которой пострадавший не готов двигаться в детализации событий, уточняя, нужно ли и можно ли идти дальше. Детализировать можно все: цвета, запахи, звуки, расположение вещей, телесные ощущения.

Минимизация. При любой удобной возможности нужно деликатно показать пострадавшему, что сейчас все не так страшно, как казалось тогда. Сложность этого этапа работы заключается в том, что минимизацию страхов и переживаний нужно вести очень мягко и деликатно, не обижая человека. Признавать реальность, и в то же время показывать, что ситуация не безысходна. «Да, Вы были в опасности, но Вам удалось выжить». «Да, Вас ранило, но ведь Вас могли убить». «Вы потеряли дом, но посмотрите, сколько еще людей в такой же ситуации». «Вы потеряли дом , но Вы смогли спастись сами и спасти детей». Этап минимизации является стартовой площадкой поиска ресурса для дальнейшей жизни. Пострадавшие очень тяжело переживают полную потерю имущества, средств к существованию, социального статуса. Их тревожат мысли о будущем и неизвестность, усиливающиеся повторным переживанием травмирующих событий. Очень важно вернуть их в настоящее. В этом случае уместно использовать упражнение «3 по 5».

Упражнение помогает вернуться от воспоминаний о психотравмирующих событиях в реальность.

Быстро, назови 5 цветов, которые ты сейчас видишь перед глазами.

Назови 5 звуков, которые ты слышишь сейчас.

Назови 5 ощущений своего тела в данный момент.

Это и есть настоящее время.

Можно процитировать Евангелие. В Евангелии от Матфея Гл.6 Стих 34 сказано: «Итак не заботьтесь о завтрашнем дне, ибо завтрашний сам будет заботиться о своем: довольно для каждого дня своей заботы». Для беженцев эти слова дают поддержку и

разрешение проживать только сегодняшний день, не принимая на себя непосильную психологическую нагрузку заботы о собственном будущем и будущем своих детей.

Но часто возникают ситуации, когда работа с пострадавшими ограничивается одной-двумя сессиями. Это не должно останавливать специалистов, поскольку всего одна встреча может дать человеку ту «соломинку», ухватившись за которую он сможет помочь себе в дальнейшем.

Эрик Берн, основатель школы трансактного анализа, считал, что человеку прежде всего надо помочь и только потом заниматься анализом. Именно этот постулат «сначала помоги, потом анализируй» необходимо применять в работе с пострадавшими от боевых действий и беженцами.

Вот несколько простых методик, помогающих выйти из состояния паники, облегчить приступ страха.

1. Дыхание.

Эффективность дыхательных упражнений в нормализации психологических состояний и одновременно легкость их использования позволяет применять их в любых условиях. Безусловно, дыхательные упражнения лучше проводить под спокойную расслабляющую музыку, но если этой возможности нет, желательно просто соблюдать тишину. Еще одним плюсом дыхательных упражнений является возможность использовать их для массовых занятий, не только в условиях групповой психотерапии, а для больших залов.

Цветное дыхание.

Закройте глаза. Начинайте дышать, слушая мои слова. Вдох-выдох. Вдох-выдох. Дыхание становится ровным и глубоким. Вдох-выдох. На вдохе Вы чувствуете легкий холодок. Свежий воздух заполняет Ваши легкие. Вдох-выдох. Вы замечаете на вдохе, что воздух, который Вы вдыхаете, окрашен в Ваш любимый цвет. Вдох-выдох. А воздух, выходящий на выдохе, окрашен в самый нелюбимый цвет. Вдох-выдох. Вы вдыхаете свежий и красивый цветной воздух, а выдыхаете вместе с некрасивым цветом свое горе. Вдох - Вы получаете энергию. Выдох - выдыхаете горе, страх, печаль..... и т.д.

Затем возвращайтесь к обычному дыханию. Посидите немного с закрытыми глазами. Почувствуйте свое тело. Откройте глаза.

Дыхание на счет.

Закройте глаза. Начинайте дышать, слушая мои слова. Вдох-выдох. Вдох-выдох. Дыхание становится ровным и глубоким. Вдох-выдох. Дыхание все глубже. Между вдохом и выдохом делайте небольшую задержку дыхания. Начинайте считать. Считая до 5 делайте вдох, на два счета делайте задержку дыхания, затем медленно выдыхайте, также считая до 5. Вдох (1-2-3-4-5-), пауза (1-2), выдох (1-2-3-4-5). На выдохе почувствуйте, как Ваш страх потихоньку сползает вниз. По спине, по бедрам он уходит в колени, затем в стопы, и через пятки выливается на землю. Вдох-пауза-выдох. На выдохе страх стекает вниз и уходит в землю. Земля впитывает его, как воду. Вдох-пауза-выдох. И т.д.

Затем возвращайтесь к обычному дыханию. Посидите немного с закрытыми глазами. Почувствуйте свое тело. Откройте глаза.

Дыхание со звуком.

Это упражнение лучше проводить наедине.

Закройте глаза. Начинайте дышать, слушая мои слова. Вдох-выдох. Вдох-выдох. Дыхание становится все глубже. Вдох-выдох. Вдыхайте носом, выдыхайте ртом. Вдох-выдох. На выдохе включите голос. Возможно, это будет похоже на стон. Не пугайтесь. Вдох тихий. Выдох с голосом. Вдох тихий. Выдох с голосом. Не бойтесь звука. Отпустите голос вместе с выдохом. Вдох-выдох. (5-10 раз). Затем возвращайтесь к обычному дыханию. Посидите немного с закрытыми глазами. Почувствуйте свое тело. Откройте глаза.

2. Медитации

Вводная часть для всех медитаций:

Сядьте поудобнее, ноги поставьте устойчиво на пол. Отпустите напряжение, которое есть в теле. Возможно, вам захочется закрыть глаза или остановить взгляд на каком-то одном месте, например, на полу. А теперь не спеша сконцентрируйтесь на ощущениях тела,

постарайтесь прочувствовать целиком все тело. Для начала сконцентрируйтесь на ногах, почувствуйте, как ноги прочно стоят на полу. И просто внутренним взором пройдитесь по ступням, щиколоткам, вверх по ногам до колена. Дальше внутренним взглядом проводим от колена до бедер по обеим ногам. Если вы ощущаете какое-то сопротивление, отпускайте его, расслабляйте это место в ногах. Почувствуйте, как вы сидите плотно на стуле. Почувствуйте, как стул заботливо поддерживает вас. Отпустите любое напряжение, которое есть в бедрах и пояснице. Внутренним взглядом обратитесь к спине, почувствуйте спину и плечи. Пройдите внутренним взглядом по рукам: кисти, верхняя часть предплечья, локти, плечи. Любое напряжение, которое встречается на пути, отпускайте. Теперь почувствуйте шею. Заднюю поверхность шеи, затылок. Теперь с затылка перейдите на лицо, и почувствуйте, как растворяется любое напряжение, которое есть в мышцах лба, вокруг глаз, виски, все это отпускаем.

Медитация «Гора»

Теперь почувствуйте, как вы сидите в этой комнате, на этом стуле, как вы расслаблены. Представьте, что вы гора. Вы – гора. Вы чувствуете, как плотно, как неподвижно вы сидите, как гора. И, как и любая гора, вы подвергаетесь воздействию разных погодных условий. Могут приходить разные мысли, разные чувства. Это может быть радость, это может быть боль. Гора просто наблюдает. И отпускает. Все это просто проходит мимо… И так же, как и гора неизменна в своей плотности, тяжести, устойчивости, вы, подобно горе, можете быть так же устойчивы, можете оставаться здесь и сейчас. Будучи горой, вы можете наблюдать за прошлым, наблюдать за будущим… Время просто проходит мимо, подобно облакам. Как облака на верхушке горы. Они никак не влияют на эту гору, они ничего не могут сделать. И какая бы мысль, какое бы чувство не отвлекали вас от этого ощущения устойчивости – ничего страшного не происходит. Вы просто возвращаетесь внутренним взглядом и внутренним ощущением к ощущению себя горой. Будьте добры по отношению к себе. Вы гора, которая ощущает себя и мир нормальным. Все идет своим чередом. Все в порядке. Почувствуйте, насколько вы устойчивы в этой связи с настоящим, с этим ощущением себя здесь и сейчас. Именно эта связь с «здесь и сейчас» поддерживает вашу устойчивость. (пауза на 3-5 минут)

Очень медленно отпустите этот образ горы. Вы в своем собственном теле. В своем темпе, не торопясь, комфортно, возвращайтесь в эту комнату. Возможно, вам захочется, вздохнуть поглубже, подвигаться немножко, растянуть мышцы, оглянуться, посмотреть на других.

И помните, каким бы ни был этот опыт, он нормален и хорош.

Медитация «Кораблик»

Вы берете лист бумаги и пишите на нем о своих страхах, горе, печалях. Пишите старательным разборчивым почерком. Как в школе. Пишите внимательно. (Пауза). Проверьте, возможно, Вам захочется дописать еще что-то. Допишите. А теперь сложите из бумаги кораблик. Вы выходите на берег реки, подходите к воде и отпускаете кораблик на волны. Сначала он колышется у самого берега. Волна то поднимает, то опускает его. Кораблик качается, на волнах играю солнечные блики. Но вот потихоньку волна относит кораблик от берега. Он уплывает от Вас, и Вы отпускаете его. Все дальше и дальше. Вы уже не можете различить буквы на его борту. Еще одна волна набегает на берег. Еще дальше отплывает от берега кораблик. Все дальше и дальше. Вот он уже едва различим. И вот он скрылся за горизонтом, унося Ваши страхи, обиды, горе. Помашите ему рукой. Кораблик уплыл. Уплыли страхи. Уплыли обиды. Уплыло горе. Сделайте глубокий вдох. Выдох. Мысленно попрощайтесь с ним. Еще один вдох. Выдох. Вы в своем собственном теле. В своем темпе, не торопясь, комфортно, возвращайтесь в эту комнату. Почувствуйте свои руки и ноги, вернитесь к ощущениям тела. Возможно, вам захочется, вздохнуть поглубже, подвигаться немножко, растянуть мышцы, оглянуться, посмотреть на других.

3. Элементы психодрамы по работе с горем и гневом.

Эти методики целесообразно использовать в случае длительного оказания психологической помощи и при установлении раппорта с человеком или с группой

Гнев.

Психолог просит клиента нарисовать на ладони изображение человека, на которого обращен гнев. Вытянув руку и обращаясь к ладони, клиент может прокричать все свои чувства к обидчику (врагу, насильнику).

Горе. Данный метод более эффективен при групповой работе.

Психолог берет мешок и предлагает всем положить в него свое горе, страх, печаль. За один раз в мешок кладут что-то одно. Можно попросить группу озвучивать, что каждый кладет в этот мешок. Обойти группу с мешком можно несколько раз. Мешок потом пообещать сжечь, закопать, утопить...

4. Работа с травмирующими воспоминаниями.

Тяжелые воспоминания часто усиливают депрессивное состояние. Для работы с ними мы предлагаем следующие приемы.

«Фотоальбом»

Сцену из прошлого можно представить в виде фотоснимка. Эту фотографию можно поместить в воображаемый фотоальбом и убрать его на полку.

«Видеопрограмма»

В руках у Вас пульт от телевизора. Идет фильм про Вашу жизнь. Вы можете включить ускоренную перемотку, нажать на паузу, включить повтор. Вы даже можете стереть тяжелый сцены и оставить только хорошие и приятные воспоминания.

Перечисленные методики и приемы позволяют быстро облегчить психологическое состояние, помочь человеку восстановиться, сохранить энергию и направить ее на исцеление и адаптацию

4. Опишите работу психолога с коренными жителями, негативно настроенными на приезд беженцев.

- Информационная работа по разъяснению ситуации с беженцами и возможными психическими состояниями зависящих, от того, что они пережили.
- Индивидуальная психологическая работа с агрессивными реакциями отдельных негативно настроенных жителей.
- Психологические тренинги с подростками по способам бесконфликтного общения;
- Разъяснительная работа с педагогами образовательного учреждения и т.п..

Задача 17

На поле застрелился из винтовки сторожа, своего отца, семнадцатилетний Евгений. Младший сын в многодетной семье, он был самым любимым и благополучным. Здоровый, красивый, душа школьной компании, он ни в чем не чувствовал преград. Все, за что брался, вводило хорошо и кстати. Он прекрасно закончил школу. Его любила одна из самых красивых девушек (и не только она одна).

И только теперь, после того, что случилось, почти все начинают вспоминать, что часто он удивлял окружающих своими «глупыми разговорами». Наверное, не было человека, который бы не слышал, как Евгений говорил о смерти. О том, что он скоро умрет, о том, как будут проходить его похороны, где его похоронят. «Пугал» он этими рассказами всех: и мать, и друзей, и любимую девушку. Жил, как ходил по лезвию ножа, испытывая судьбу, где только можно было, бросался в пламя пожара, выскакивал из кузова машины на полной скорости, когда возвращался с друзьями с концерта. Никто не обращал на это внимания. И вот такой конец его жизни.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте несколько предположений, которые объясняли бы поведение юноши.

2. Представьте, что вы оказались свидетелем «глупых разговоров» Евгения. Какими были бы ваши действия в подобной ситуации?

3. Что вы знаете о психологии детских суицидов и их профилактике?

4. Какие мероприятия может провести психолог после завершенного суицида в школе.

Ответы:

1. Сформулируйте несколько предположений, которые объясняли бы поведение

юноши.

В целом поведение юноши можно обозначить, как суицидальное поведение, которое включает в себя внутренние и внешние формы психических актов, определяемые и направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Такое поведение может иметь различные основания. Во-первых, можно предположить, наличие внутриличностного конфликта, выход из которого Евгений видел только в смерти. Это может быть одиночество, чувство, что окружающие его не понимают, отсутствие интереса к жизни и деятельности. В то же время, по описанному в задаче нельзя предположить существовали ли внешние конфликты у молодого человека в семье и со сверстниками. Во-вторых, возможно, демонстративное рискованное поведение Евгения, его мысли о предстоящей смерти, были попыткой обратить внимание на себя и свои проблемы, которые не были заметны окружающим из-за сложившегося образа любимого сына и души компании. Вероятно, все с кем Евгений заговаривал о смерти, боялись такого и стремились уйти от темы, советовали молодому человеку бросить эти мысли. Возможно, что переход от пассивных суицидальных мыслей, то есть не связанных с формированием суицидального плана к суициду был импульсивным, обусловленным какой-либо фрустрирующей ситуацией.

2. Представьте, что вы оказались свидетелем «глупых разговоров» Евгения. Какими были бы ваши действия в подобной ситуации?

Для начала стоит вступить в диалог с молодым человеком и показать свою заинтересованность. Далее предложить прогуляться куда-нибудь от посторонних. В ходе беседы я бы поощряла его на самораскрытие при помощи уточняющих вопросов, например, «почему ты думаешь, что скоро умрешь?», невербальных средств (заинтересованное лицо, кивание). Выслушать Евгения не осуждая его, за такие мысли, при этом поддерживая его, показывая, что мне действительно важно его услышать и понять (это можно выразить в фразах, например, «я ценю, что ты решил рассказать мне о своих мыслях и чувствах»). После того, как Евгений рассказал бы о своих текущих мыслях и чувствах, необходимо узнать, думает ли он о самоубийстве, чтобы выяснить, не перешли ли его пассивные размышления о смерти к активным мыслям о продумывании суицида. Далее необходимо узнать, когда у молодого человека появились мысли о своей смерти, что происходило в его жизни на тот момент. Если случилось что-то в его жизни, что подтолкнуло к таким мыслям, стоит попросить подробнее описать ту ситуацию и чувства, что она вызвала. Если ничего этого нет, следует узнать, как он жил до появления подобных мыслей, что доставляло ему удовольствия, какие отношения у него были с родителями и сверстниками. Что изменилось в его отношении, и что бы он хотел изменить в отношении окружающих к нему. Возможно, спросить его, есть ли у него планы на будущее, предложила подумать о его возможностях.

3. Что вы знаете о психологии детских суицидов и их профилактике?

Существует множество факторов, которые влияют на возникновение суицидальных попыток среди детей и подростков. Ведущей деятельностью для подростка становится общение со сверстниками и учебная деятельность. Исходя из этого, уже можно выделить несколько проблем, с которыми сталкиваются дети: во-первых, положение в среде сверстников, которое оказывает влияние на самооценку ребенка, уровень его притязаний, допущение проявления реакций и эмоций (есть заметная разница между лидерами, принимаемыми и отвергаемыми детьми, свободы их действий в среде сверстников). Часто дети, которых унижают одноклассники, склонны к попыткам или завершенному суициду. Во-вторых, стоит отметить давление со стороны родителей и учителей при возникновении трудностей в обучении у ребенка. Проблемы в учебной деятельности, неуспеваемость, ГИА и ЕГЭ способны вызывать стресс у ребенка. Если он может поделиться своими переживаниями с кем-то из взрослых и быть понятым при этом, то у него не возникнет состояние безвыходности ситуации, что снизит риск появления суицидальных мыслей. Так же одним из факторов возникновения суицида может быть чрезмерное влияние на психику ребенка СМИ и социальных сетей. Дети и подростки с еще не сформировавшимися представлениями о себе и мире могут совершить суицид в подражание кумиру, любимому герою, или, ведомые чувством причастности к группе, могут быть подвержены влиянию

«групп смерти», которые пропагандируют суицидальное поведений. Так же юношеский максимализм, импульсивность, связанная с гормональной перестройкой организма, может привести к необдуманным действиям в случае столкновения с фрустрацией. Таким действием может стать либо демонстративная попытка самоубийства (что может быть связано еще и с акцентуациями характера), либо завершенный суицид, без стадии активных мыслей и замыслов. Еще одним из ведущих факторов суицида среди детей является трудности во взаимоотношениях с родителями или близкими родственниками. Конфликтные отношения с родителями и систематическое избиение за различные провинности. Эмоциональная холодность со стороны родителей, когда ребенок чувствует себя отверженным, одиноким, когда создается пустота в душе, глубокая тоска. Высокие требования родителей к своему ребенку, которые он не может выполнить, могут привести к суицидальным попыткам.

Оптимальная система профилактики суицидов в среде детей и подростков на практике должна объединять образовательные учреждения, досуговые центры, службы социальной помощи и конечно сами семьи детей. В школе следует формировать работу классных коллективов, основанную на дружеском взаимодействии, с привлечением не только к учебной но и культурно-развлекательной деятельности (например, совместные походы в кино или на природу), что будет способствовать сплочению коллектива. Стоит обращать внимание на стиль общения педагогов, для минимизации возникновения конфликтов ученик-учитель. В целом администрация школы может стимулировать самореализацию учеников, будь то творческая, социально значимая деятельность. В школах следует осуществлять работу психолога с детьми из группы риска, и теми, кто чувствует, что испытывает трудности и сам обращается за поддержкой. Помимо этого, социально-психологические службы могут проводить просветительскую работу для детей, их родителей, чтобы улучшать качество общения внутри семьи. Стоит помнить, что почти всегда есть предпосылки совершения суицида. Ребенок воспринимает суицид как способ привлечь внимание к своим трудностям, как решение в безвыходной, на его взгляд, ситуации. Задача родителя в данном случае идти на контакт с ребенком, поддерживать его эмоционально, показывать свою заботу о его состоянии, быть внимательным слушателем. Стоит так же вести просветительскую работу о работе горячей линии доверия, куда каждый, в том числе и ребенок, может обратиться в случае жизненных трудностей.

4. Какие мероприятия может провести психолог после завершенного суицида в школе.

I. Установление контакта психологов с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации.

•Информирование о признаках психологического неблагополучия ребёнка, о влиянии травматического опыта на его психику, профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой.

•Консультирование педагогов по вопросам взаимодействия с детьми, пережившими данные события.

•Обращение внимания педагогов на собственные чувства, оказание им (по их запросу) психологической помощи (осознание, принятие, отреагирование чувств, актуализация ресурсов, формирование совладающего поведения).

II. Выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи (встреча с классом, в котором произошёл суицид, выявление ребят, нуждающихся в психологической помощи, приглашение их на индивидуальные консультации).

III. Заключительный этап (проведение тренингов по саморегуляции для педагогов, отслеживание психоэмоционального состояния детей).

Задача18

Военнослужащий Ивлин совершил суицид. Воспитывался в семье без отца, состоящей из одних женщин. В раннем детстве наблюдалось отставание в физическом развитии, были проблемы с друзьями. Женился в 18 лет, первый брак распался рано. В школе учился слабо, в аттестате оценки удовлетворительные. Службу проходил во внутренних войсках с 1977 по 1985 год, где позднее остался на контрактной основе в звании прапорщика. По месту службы характеризовался положительно. По увольнении из армии часто менял места работы: был трактористом, электромонтером, уборщиком. В 1987 году женился, в браке имел двух детей, но отношения в семье не складывались, происходили постоянные ссоры. В 1995 году супруги развелись, но через 2 года снова поженились. Одним из поводов для ссор было отсутствие жилья. Длительное время семья проживала в общежитии. В ноябре 1996 года Ивлин был принят в военную часть кинологом (прим. авторов: кинолог (от греч. kyon – собака) – специалист по обучению и тренировке служебно-розыскных собак). Сослуживцы отзывались о нем как о квалифицированном специалисте, человеке общительном, добросовестном, дорожившим своей работой.

Со слов коллег – «собаки в нем души не чаяли». Алкоголь употреблял эпизодически.

С 1997 года на фоне финансовых и бытовых трудностей, когда жена не работала, а у самого Ивлина были длительные задержки зарплаты, вновь участились ссоры с женой. В этот период у Ивлина появилась другая женщина, он часто не ночевал дома, что приводило к новым скандалам. Супруга шантажировала его разлукой с детьми, требовала выплаты большой суммы денег. Со слов окружающих, Ивлин стал замкнутым, раздражительным, участились случаи употребления алкоголя. Окружающие дали информацию, что в пресуицидальной фазе поведение его изменилось. В апреле 1997 года Ивлин получил дисциплинарное взыскание за халатное отношение к работе.

В это же время уволились его коллеги по службе, с которыми у него были дружеские отношения. 2 июня 1998 года в 17 часов, находясь в нетрезвом состоянии, инициировал ссору с соседкой, с которой давно был в неприязненных отношениях. Соседка оскорбила его, заявляя, что из-за скверного характера его даже жена бросила. Угрожая расправой, Ивлин выбил ногой входную дверь, после чего соседи вызвали милицию, которая доставила его в дежурную часть. Родственники и сотрудники милиции сказали ему, что за такие действия полагается возбуждение уголовного дела и последующее лишение свободы на длительный срок, а в лучшем случае увольнение с работы. Вечером того же дня Ивлина доставили в специальной машине к месту работы и оставили его в ней одного. А в 21.00 его нашли в салоне автомобиля повесившимся на капроновом шнурке собственного ботинка.

В процессе проведения следственных мероприятий установлено, что в марте 1998 года состав войсковой части был обследован психологами для выявления социальной дезадаптации. В заключении о проведенном обследовании у Ивлина указан низкий уровень интеллекта.

Вопросы к задаче:

1. Причины совершения суицида.
2. Пусковой механизм суицида.
3. Сфера приложения профессиональных способностей.
4. Определите вид депрессии.

Обоснуйте Ваши ответы

Ответы:

1. Причины совершения суицида.

Основная причиной является социально-психологическая дезадаптация, проявляющаяся в виде непонимания окружающими; проблем на работе; финансовых затруднений. Второстепенная: семейно-бытовые трудности.

2. Пусковой механизм суицида.

Пусковым механизмом к самоубийству явился психоэмоциональный срыв на фоне длительных конфликтов в семье, ухудшение служебного статуса.

3. Сфера приложения профессиональных способностей.

Ивлин имел узкую сферу приложения профессиональных способностей, и угроза потери этой сферы привела его к самоубийству.

4. Определите вид депрессии.

Ажитированная депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства. Ажитированной (тревожной) депрессией называют патопсихологическое состояние, при котором эпизоды тоски и снижения настроения чередуются с периодами чрезмерной физической активности и тревоги. В форме доказательства – ссора с соседкой.

Задача 19:

Анна Б., 23 года, покончила жизнь самоубийством, выпив 150 мл 80 % уксусной кислоты. Девушка воспитывалась в неполной семье, мамой и старшей сестрой. Папа оставил семью, когда девочке было 5 лет.

В школе училась на «хорошо» и «отлично». Отличалась спокойным характером, свободное время предпочитала проводить в одиночестве или с сестрой. В семье с мамой и сестрой были теплые, дружеские и близкие отношения. О своих проблемах окружающим не рассказывала, предпочитала больше слушать других.

После окончания школы поступила в университет. В 20 лет познакомилась с молодым человеком, на 5 лет старше её. Со слов старшей сестры: «Они встречались на протяжении 3 лет. Складывалось все хорошо. Анна начала подумывать о свадьбе, это было её мечтой на тот момент, но со стороны молодого человека не исходило инициативы. Более того, Анна заметила, что в последнее время он начал отдаляться от нее и их отношения уже не складывались так хорошо.

Анюта решила поговорить с любимым человеком, почему он изменил к ней свое отношение. Молодой человек признался, что встретил другую девушку и им нужно расстаться. Произошла ссора, Ане не хотелось верить словам ее парня. На следующий день она увидела его гуляющего с другой девушкой».

В тот день у Анны никого не оказалось дома. Со слов мамы «Поговорить ей было не с кем. Она пришла домой отыскала уксусную эссенцию, налила в стакан и выпила её».

Когда мама пришла с работы и увидела в квартире следы многократной рвоты, а дочь в тяжелом состоянии, то сразу вызвала скорую помощь. Было проведено промывание желудка, женщину доставили в дежурный стационар. Назначена симптоматическая терапия, начато лечение ожогов ЖКТ. Как осложнение в соответствии с классической симптоматикой ожога развился экзотоксический ожоговый шок, закончившийся летальным исходом.

Вопросы к задаче:

1. Объясните признаки суицидальных намерений, проявлявшихся у Анны Б

2. Была ли возможность предотвратить данное самоубийство?

3. Если «да», разработайте план оказания помощи в пресуицидальной фазе.

4. Что психолог может сделать для оказания психологической помощи родственникам Анны Б.

Ответы:

1. Объясните признаки суицидальных намерений, проявлявшихся у Анны Б.

Социальная изоляция, уход в себя (отсутствие поддержки родственников и друзей) явились признаками суицидальных намерений.

2. Была ли возможность предотвратить данное самоубийство?

Данное самоубийство возможно было предотвратить, если рядом оказался кто-нибудь из близких людей кто смог ее поддержать или психолог, так как Анна совершила аффективный суицид (короткий суицидальный период и необдуманные действия).

3. Если «да», разработайте план оказания помощи в пресуицидальной фазе.

Оказание помощи в пресуицидальной фазе: а) установление доверительных взаимоотношений в вербальной и невербальной коммуникации; б) активное слушание, проявляющееся в заботливом отношении; в) выявление заинтересованности родственников к

состоянию пациента как лиц, способных оказать поддержку при потенциальной угрозе суицида; г) определение источника психического дискомфорта суицидента; д) предложение альтернативных решений создавшейся ситуации; е) заключение «суицидального контракта».

4. Что психолог может сделать для оказания психологической помощи родственникам Анны Б.

Работая с семьей психологу, необходимо: освободить членов семьи от деструктивных эмоций; понимание, принятие ситуации, интеграция; активизация ресурсов семьи.

Оказания психологической помощи семье суицидента: раскрытие причин суицидального кризиса; нормализация реакций семьи на суицид, снижение тревоги и напряжения; поощрение выражения гнева и других отрицательных эмоций; активация привычных стратегий преодоления трудностей; обучения навыкам самопомощи. Поиск ресурсов.

Задача 20

У подростков с подобным поведением в рамках волевого сознательного действия в силу индивидуальных психологических особенностей нарушается или блокируется процесс прогноза совершённого деяния. Такие подростки легкомысленны, часто под влиянием внешней провокации совершают противоправное деяния, не представляя его последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных последствий (в том числе и для него самого). Нередко действия совершаются под влиянием ситуационно импульсных или аффектогенных мотивов, в основе которых лежит стремление к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается наличие неудовлетворенной потребности (фрустрации).

Вопросы к задаче:

1. Определите тип поведения.
2. Назовите детерминанты подобного поведения.
3. Перечислите методики, с помощью которых можно диагностировать данный тип поведения.
2. В чём состоит профилактика подобного поведения.

Ответы:

1. Определите тип поведения.

Деликвентное поведение.

2. Назовите детерминанты подобного поведения.

- Биологические причины (наследственные, врожденные и приобретенные заболевания различного рода, провоцирующие девиации; поражения ЦНС; тяжелые соматические заболевания раннего возраста; наследственная предрасположенность к тем или иным отклонениям и др.).

- Социальные причины (неблагоприятное семейное воспитание; госпитализация; направление из семьи в интернаты и специальные детские учреждения; чуждое окружение (язык, культура); общие неблагоприятные условия социокультурного развития общества; смена школьного коллектива; смена места жительства; неблагоприятная семья, асоциальное поведение родителей; ссоры, конфликты, скандалы в семье; распад семьи; неправильный тип воспитания в семье и др.).

- Индивидуально-психологические особенности (акцентуации, неадекватная самооценка; отклонения в психическом развитии, инфантильность суждений; эмоциональная неустойчивость; агрессивность; повышенная тревожность, страхи и др.).

- Психологические причины (особенности эмоционально-волевой и мотивационной сферы, особенности темперамента и характера, создающие предпосылки для формирования отклонений в поведении).

3. Перечислите методики, с помощью которых можно диагностировать данный тип поведения.

Орел А.Н. Опросник "Склонность к отклоняющемуся поведению" определяет склонность к отклоняющемуся поведению. Применяется с 14 лет.

Диагностический опросник для выявления склонности к различным формам девиантного поведения для учащихся общеобразовательных учреждений. СПб., ВМедА, кафедра психиатрии. Определяет склонность к различным формам девиантного поведения. Используется с 14-17 лет.

Э.В. Леус, САФУ им. М.В. Ломоносова; А.Г. Соловьев, СГМУ, г. Архангельск Тест "Склонность к девиантному поведению". Используется с 12 до 18 лет.

Индивидуально - типологический детский опросник ИТДО Собчик Л.Н. Индивидуально-типологические особенности. Используется с 9 до 15 лет.

Индивидуально - типологический опросник (взрослый вариант) ИТО Собчик Л.Н. Индивидуально-типологические особенности. Используется с 15 лет.

Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков МПДО Модификация теста А.Е. Личко. Акцентуации характера 8-11 классы (с 14 лет)

Метод диагностики межличностных отношений модификация теста Лири ДМО Модификация Собчик Л.Н. теста Лири. Индивидуальный стиль межличностных отношений. Используется с 14 лет

Методика «Диагностика самочувствия, активности и настроения» САН В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников Оценка самочувствия, активности и настроения. Используется с 14 лет.

Опросник «Стиль саморегуляции поведения» ССП Моросанова В.И. Индивидуальные особенностей саморегуляции. Используется с 14 лет.

Тест (опросник) эмоционального интеллекта Люсина ТЭмИн Люсин Д.В. Измерение эмоционального интеллекта (EQ). Используется с 14 лет.

Тест смысложизненных ориентаций СЖО Адаптированная Д.А. Леонтьевым версия теста «Цель в жизни» (Purpose-inLife Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика Изучение смысложизненных ориентаций. Используется с 14 лет.

Многомерный опросник исследования самоотношения МИС Пантилеев С.Р. Углубленное изучение сферы самосознания личности, включающее различные (когнитивные, динамические, интегральные) аспекты. Используется с 14 лет.

Методика «Индикатор копинг стратегий» ИКС Д. Амирхан. Адаптирована Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским. Диагностика доминирующих копинг-стратегий личности. Используется с 14 лет.

Методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерса - Даймонд СПА Тест Роджерс К., Даймонд Р. в адаптации А.К. Осницкого. Изучение особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности. Используется с 14 лет.

Методика для психологической диагностики копинг механизмов ПДА К-М E. Heim, Адаптация Л.И. Вассермана. Исследование когнитивного, эмоционального и поведенческого копинг механизмов. Используется с 14 лет.

Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» ЛАК Е.П. Ильиным, П.А. Ковалевым Склонность субъекта к конфликтности и агрессивности как личностных характеристик. Используется с 14 лет.

Тест правового и гражданского сознания ТПГС Ясюкова Л.А. Общий уровень развития правового сознания подростка и его отдельных сфер. Используется с 14 лет.

Диагностика агрессии и враждебности. Опросник А. Басса и М. Пери BPAQ А. Басс, М. Пери. Адаптация С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского Диагностика агрессивных и враждебных реакций человека. Используется с 14 лет.

Методика диагностики самооценки мотивации одобрения МДСМО Дуглас П. Краун и Дэвид А. Марлоу, перевод и адаптация - Ю.Л. Ханин Диагностика самооценки мотивации одобрения. Используется с 14 лет.

Методика многомерной оценки детской тревожности ММОДТ Е.Е. Малкова (Ромицына) под руководством Л.И. Вассермана. Экспресс и структурная диагностика расстройств тревожного спектра у детей и подростков. Используется с 7 до 18 лет.

Методика многофакторного исследования личности Кэттелла (детский вариант) ММИЛ-ДВ Кэттелл, адаптация Э.М. Александровской Многофакторное исследование личности. Используется с 8-12 лет.

Методика многофакторного исследования личности Кэттелла, Подростковый вариант ММИЛ-ПВ Кэттелл, адаптация Многофакторное исследование личности. Используется с 12-18 лет

4. В чём состоит профилактика подобного поведения.

Профилактика отклоняющегося поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном, педагогическом, социально-психологическом.

Условиями успешной профилактической работы считают её комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность. Последнее условие особенно важно в работе с активно формирующейся личностью, например с подростками.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) предлагает выделять первичную, вторичную и третичную профилактику.

- Первичная профилактика направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определённое явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Первичная профилактика может широко проводиться среди подростков.

- Задача вторичной профилактики - раннее выявление и реабилитация нервно-психических нарушений, и работа с «группой риска», например подростками, имеющими выраженную склонность к формированию отклоняющегося поведения без проявлений.

- Третичная профилактика решает специальные задачи, как лечение нервнопсихических расстройств, сопровождающихся нарушениями поведения. Третичная профилактика может быть направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным девиантным поведением.

Задача 21

Это одна из форм поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых психоактивных веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. Основной мотив личностей, склонный к подобному поведению характеризуется активным изменением неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как серое, скучное, монотонное, однообразное, апатичное. Жизнь видится неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Человек не принимает того, что в обществе считают нормой. Такая активность носит избирательный характер - в тех областях жизни, которые может быть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной бесчувственности.

Вопросы к задаче:

1. Определите тип поведения.
2. Назовите детерминанты подобного поведения.
3. Какие методики можно использовать для диагностики в данном случае.
4. Каким образом можно проводить профилактику подобного поведения.

Ответы:

1. Определите тип поведения.

Аддиктивное поведение.

2. Назовите детерминанты подобного поведения.

- биологический подход: генетическую предрасположенность и индивидуальные различия в нейромедиаторных и нейромодуляторных систем как химического вида зависимости;

- социальные факторы, способствующие формированию зависимого поведения, включают в себя: процессы, протекающие в обществе, социально-психологические и культурные особенности социальных групп, в жизнедеятельности которых личность принимает участие, микросоциальные условия;

- нарушение в семейных отношениях ведёт к прекращению выполнения основных функций семьи, происходит их смещение, искажение и дезориентация, иными словами семья становится дисфункциональной. В семье появляется психологическая напряжённость и конфликтность внутрисемейных отношений, которая, в свою очередь, провоцирует кризисы и стрессы на межличностном и внутриличностном уровнях функционирования системы и отдельных её элементов;

- стиль воспитания: требовательный (подавление ребёнка своей авторитетностью, жизнь по правилам родителей), сверхопекающий (негативная критика везде и во всём с акцентированием недостатков), отстранённый (родители находятся вне досягаемости для детей: заняты, устали, больны), ответственный (уважения, ценности к себе и детям. Любовь и принятие себя таким как есть).

3. Какие методики можно использовать для диагностики в данном случае.

Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма Яхинина К.К , Мендилевич В.Д. используется для диагностики определения уровней алкоголизации личности.

Методика Склонность к зависимому поведению В.Д. Мендилевич для выявления психологической склонности индивида к развитию алкогольной и наркотической зависимости.

Шкала склонности к преодолению норм и правил для определения отрицания общепринятых норм, ценностей, образцов поведения.

Шкала склонности к аддиктивному поведению для определения готовности реализовать аддиктивное поведение.

Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушительному поведению для определения реализовать различные формы аутоагрессивного поведения.

Шкала склонности к агрессии и насилию для измерения готовности к реализации агрессивных тенденций в поведении.

Опросник трудоголизма для определения зависимости от трудовой активности.

Шкала созависимости от аддикта.

Методика определения межличностной зависимости как зависимости отношений с другими людьми.

4. Профилактика подобного поведения.

Профилактика аддиктивного поведения включает шесть подходов: информационный, научиться управлять эмоциями, поведенческий, формирование жизненных навыков, обучение альтернативным видам деятельности, укрепление здоровья.

Первичная профилактика включает в себя профилактику развития патологических состояний. Вторичная профилактика включает в себя предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания и предусматривает комплекс мер.

Задача 22:

Галина 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым молодым людям. В школе держалась в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна, в присутствии других детей и, особенно, мальчиков, может поднять юбку выше пояса. В ответ на замечание старших дерзко заявляет: "А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их видят все!" Себя называет "Вильгельмом-завоевателем по фамилии Перепрыжкин". Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. С родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Аппетит повышен, продукты съедает в большом объёме. При беседе с психологом девочка неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но

упорства в просьбе не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Не делает попытки разобраться в причинах своего поведения. Не обеспокоена перерывом в учебе в течение 2-х месяцев: "Ничего нет особенного. Перейду учиться в другую школу". При упоминании об одноклассниках не проявляет никаких эмоций.

Вопросы к задаче:

1. Как можно характеризовать данные клинические проявления.
2. С чем их можно дифференцировать.
3. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.
4. Определите тактику психолога.

Ответы:

1. Как можно характеризовать данные клинические проявления.

Гебефренический синдром. Картина психических расстройств у пациентки Г. многообразна. Отмечается безразличное отношение к родителям, к создавшейся ситуации, к перспективам на будущее, гиперсексуальность, злобность, недоступность к вербальному контакту. На первый план все же выступает дурашливость. Пациентка гримасничает, нелепо смеется. В этом смехе девочки, в ее одинаковых танцах нет веселости, заразительности. Мимика оказывается несоответствующей характеру эмоций (парамимия). Практически особенно важно выделить и подчеркнуть в картине заболевания именно черты дурашливости, так как они сигнализируют о чрезвычайной злокачественности течения болезни.

2. С чем их можно дифференцировать.

- Апатический синдром

У пациентки Г. имеются черты апатии в картине заболевания. Они проявляются в том, что девочка довольно безразлично относится к длительному пребыванию в психиатрическом стационаре, не пытаясь даже понять причину этого. У нее не осталось прежних привычек, привязанностей. С легкостью девочка решает оставить школу, в которой она училась с 1-го класса. Понижена волевая активность. Стремление к целенаправленной деятельности сменяется бессмысленным дурашливым поведением. Это последнее свойство видоизменяет картину апатического синдрома.

- Кататоническое возбуждение

При кататоническом возбуждении наблюдаются бессмысленные хаотические действия: пациенты хлопают в ладоши, плюются, внезапно нападают на окружающих и т.п. Характерными бывают такие симптомы как эхолалия, эхопраксия, негативизм, стереотипные движения. Речь бессвязная, разорванная. У пациентки Г. возбуждение не столь интенсивно, и на первый план выступают черты дурашливости, гиперсексуальности на фоне эмоционального безразличия. Бессмысленная дурашливость, гримасничание определяют в основном картину психических нарушений.

3. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.

Учитывая не откровенность, формальность и уклончивость в беседе с пациенткой основу диагностики составляет наблюдение и беседа.

4. Определите тактику психолога.

В основе тактики психолога лежит диагностика, дифференциальная диагностика, социальная адаптация.

Задача 23:

Пациент Л., 15 лет. Низкого роста, телосложение диспластичное. Голова маленькая, со скошенным затылком, разрез глаз косой, нос короткий, с уплощенной переносицей. Мимика бедная, рот постоянно полуоткрыт. На приёме у психолога несколько вял, разговаривает неохотно, застенчив. Старается держаться поближе к родителям, ласкается к ним и сердится, когда они не проявляют внимание к нему. Удается привлечь пациента к выполнению несложных поручений: принести карандаши, нарисовать рисунок человека (головоног). Но при этом сам он инициативы не проявляет, нуждается в постоянных указаниях, что и как сделать. В беседу вступает охотно. Речь односложная, словарный запас

беден, многие слова произносит неправильно. Не умеет ни читать, ни писать, знает лишь отдельные буквы. Отрывок разговора с пациентом:

- Как тебя зовут?
- Саша.
- Сколько тебе лет?
- Три...
- В каком городе ты живешь?
- На Казанке.
- Разве это город?
- Город...
- Какие города ты еще знаешь?
- Еще Ленинский район...
- А как называется самый большой город в нашей стране, наша столица? (Пациент молчит, не может ответить на вопрос).
- Скажи мне, для чего нужна эта вещь (врач показывает больному телефонный аппарат).
- Брать трубку и говорить "Алло-алло!"
- А для чего же все это делают?

(Пациент ответить на вопрос не может).

- Ты можешь объяснить, чем отличается корова от лошади?
- Корова с рогами, а лошадь с ушами.

Вопросы к задаче:

1. Для какого состояния характерны данные клинические проявления.
2. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.
3. С чем данное состояние можно дифференцировать.
4. Какова тактика психолога.

Ответы:

1. Для какого состояния характерны данные клинические проявления.

- Врожденное слабоумие (олигофрения)

В пользу этого говорит недоразвитие речи, бедность словарного запаса, отсутствие элементарных сведений, которыми располагают даже дети дошкольного возраста. Название реки, города и городского района для больного - однозначные понятия. Разграничивая сходные понятия (два вида домашних животных), он указывает на несущественные признаки, не позволяющие установить различие (лошадь с ушами). Расстройство осмысления проявляются и в том. что больной не понимает истинного назначения знакомых ему возраста. Название реки, города и городского района для пациента -однозначные понятия. Разграничивая сходные понятия (два вида домашних животных), он указывает на несущественные признаки, не позволяющие установить различие (лошадь с ушами). Расстройство осмысления проявляются и в том. что больной не понимает истинного назначения знакомых ему предметов (телефонный аппарат нужен для того, чтобы "брать трубку и говорить Алло". Обращает на себя внимание и тот факт, что поведение больного напоминает поведение маленького ребенка. Он по-детски наивен, стремится привлечь к себе внимание взрослых, добиться их ласки. Отмечается снижение инициативы, отсутствие привычных трудовых навыков. Одним словом, психическая деятельность больного крайне обеднена и не обнаруживаются признаки ранее достаточно развитого интеллекта, предметов (телефонный аппарат нужен для того, чтобы "брать трубку и говорить Алло". Обращает на себя внимание и тот факт, что поведение пациента напоминает поведение маленького ребенка. Он по-детски наивен, стремится привлечь к себе внимание взрослых, добиться их ласки. Отмечается снижение инициативы, отсутствие привычных трудовых навыков. Таким образом, психическая деятельность пациента крайне обеднена, признаки ранее достаточно развитого

интеллекта не обнаруживаются.

2. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.

В данном случае можно использовать субтесты Векслера на:

- осведомлённость для выявления и измерение общего объёма и уровня относительно простых знаний, направленности и широты познавательных процессов, степени развития памяти и мышления;

- понятливость для диагностики различных областей социального поведения ребёнка и направлен на выявление умений строить умозаключения на основе жизненного опыта с опорой на здравый смысл, в котором взаимодействуют и интеллектуальные и эмоциональные факторы;

- арифметический для выявления концентрированности произвольного внимания, сообразительности, для определения четкости оперирования числовым материалом;

- сходство для выявления и измерение способностей к логическому обобщению и степени развития;

- словарный для выявления оперирования словами родного языка;

- повторение цифр для оценки качества оперативной памяти и активного внимания, для определения объема памяти, концентрации внимания, подверженность как внешним, так и внутренним помехам, особенно эмоционального характера;

- недостающие детали для выявления и измерения перцептивных способностей, включенных в зрительное узнавание знакомых объектов, умение дифференцировать существенное от второстепенного в зрительных образах;

- последовательные картинки для проверки умения организовать отдельные части смыслового сюжета в единое целое;

- кубики КОССА для выявления аналитико-синтетических способностей обследуемого;

- складывание фигур: для диагностики умения соотнести части и целое, формирование идеального эталона, воссоздание фигуры, соотнесение отдельных частей в структуре целого;

- шифровка: для проверки свойств внимания (концентрация, распределение, переключение), восприятия, зрительно-моторной координации, скорости формирования новых навыков, способности к интеграции зрительно-двигательных стимулов;

- лабиринты: для выявления умение последовательно решать перцептивные задачи, удерживая свои действия в рамках указанных ограничений; меру устойчивости и произвольности внимания; эффективность работы оперативной памяти.

3. С чем данное состояние можно дифференцировать.

- Приобретенное слабоумие (деменция). Термином "деменция" обозначают состояние приобретенного слабоумия, когда в связи с психическим заболеванием у пациента наступает снижение умственных способностей, ранее достаточно хорошо развитых. При этом утрачивается способность к образованию новых суждений, умозаключений, снижается память. Однако сохраняются достаточно развитая речь с более или менее обширным словарным запасом, остатки прежних профессиональных знаний, хотя возможности их использования в практической деятельности падают. У пациента Л., наряду со снижением мыслительных способностей, мы видим недоразвитие речи, отсутствие навыков чтения, письма, элементарного счета, крайнюю бедность запаса знаний. Представлению о врожденном характере слабоумия соответствуют симптомы врожденной патологии физического развития.

4. Какова тактика психолога. Цель: обучение навыкам социализации и самообслуживания:

- имитационно-игровые методы (сюжетно-ролевые игры, деловые игры, игротерапия, сказкотерапия и др.);

- невербальные методы психокоррекции с элементами: арттерапии, музыкотерапии, хореографии, пантомимы;

- методы групповой поведенческой психокоррекции (тренинг формирования навыков и умений поведения в группе);

- суггестивные методы (сеансы групповой релаксациии аутогенного тренинга).

Задача 24:

Данное состояние характеризуется снижением порога нервно-психической возбудимости, симптомами сенсорной гиперестезии (обостренного восприятия оптических, акустических, других внешних раздражителей), повышенной чувствительности к проприо- и интероцептивным раздражителям (головные боли, тяжесть в голове, ломота, давление в различных частях тела и др.). Обостренно воспринимается чувство голода: субъективно повышенный аппетит пропадает после приема малых количеств пищи, быстро наступает насыщение. Возрастает половая возбудимость. Сексуальное влечение нередко возникает в самых неподходящих ситуациях, например, в автобусе, в толпе, при случайных касаниях с неизвестными людьми, под влиянием воспоминаний. Половая функция между тем нарушается: особенно часто наблюдается преждевременная эякуляции. Аналогичным образом нарушается работоспособность: пациенты работает неровно, «скачками», быстро становятся возбуждёнными и быстро успокаиваются. Острый поначалу интерес к какому-либо делу скоро притупляется, работа, чтение, общение надоедают, хочется смены впечатлений, других занятий.

Вопросы к задаче:

1. Определите данное состояние.
2. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.
3. С чем данное состояние можно дифференцировать.
4. Какова тактика психолога.

Ответы:

1. Определите данное состояние.

Астенический синдром. Встречается при любых состояниях и заболеваниях, сопровождается ослаблением внимания, неустойчивым настроением, общим снижением психической активности.

2. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.

- Шкала Астенического Состояния (ШАС) создана Л. Д. Малковой и адаптирована Т. Г. Чертовой на основе MMPI. Методика предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния.

- Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) — метод экспресс-диагностики астенического состояния с помощью субъективных шкал его оценки. Тест состоит из 20 вопросов, разделенных на 5 субшкал (общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая астения, психическая астения), предварительно адаптированных для детей 7–14 лет.

- Оценка объема динамического внимания с помощью таблиц Шульте (вычисляли показатель продуктивности работы в виде количества просмотренных знаков и допущенных ошибок (количество неправильных ответов в течение фиксированного интервала времени)). По результатам составляли индивидуальные кривые истощаемости.

- Тест Бурдона для выявления утомляемости, оценки концентрации и устойчивости внимания. Тест особенно показателен при оценке работоспособности школьников, для которых имеют очень большое значение факторы внимания и точности выполнения задания;

- Тест «Характер личности», для выявления и количественной оценки акцентуированных черт личности, включая общую астению.

3. С чем данное состояние можно дифференцировать.

Астенические состояния могут быть соматогенными (вторичными, или симптоматическими, органическими) или психогенными (первичными, или «ядерными»).

- Соматогенные (вторичные, симптоматические) астении являются одним из проявлений различных соматических, токсических и психических заболеваний: инфекционных, соматических, эндокринных и метаболических расстройств; гематологических и соединительнотканных заболеваний; онкологических и неврологических заболеваний; ятрогенных воздействий; профессиональных вредностей; эндогенных

психических заболеваний (шизофрения, депрессия).

- Психогенные астении (первичные, или «ядерные») астении являются самостоятельной клинической единицей, генез которой напрямую не удается связать с конкретными органическими или токсическими факторами.

- Реактивные астении возникают у исходно здоровых лиц при воздействии различных факторов, вызывающих резкую дезадаптацию. Это астении после перенесенных тяжелых инфекций, соматических заболеваний (инфаркт миокарда), тяжелых операций, родов, при значительных нагрузках у пожилых людей, сезонных авитаминозах, при значительных умственных либо физических нагрузках в условиях стресса и эмоциональной напряженности. Чаще всего психогенная АС является проявлением невротических расстройств (депрессивный невроз или дистимия), соматоформных расстройств (истерический невроз), ипохондрии, панических расстройств (невроз тревоги или беспокойства), навязчивых страхов.

4. Какова тактика психолога.

При соматогенных (вторичных, симптоматические) астениях используется лечение основного заболевания: этиопатогенетическое лечение.

Неспецифическая с соблюдением режима сна и отдыха, рационального питания, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Традиционно используются препараты различных фармакотерапевтических групп: витаминноминеральные комплексы, ноотропные средства.

Задача 25:

Состояние характеризуется ослаблением или утратой чувства, возникающего в связи с психогенными факторами (нередко в сочетании с явлениями дисморфофобии) после длительного периода. Наблюдается обычно в подростковом возрасте, чаще у девочек. Встречается также у женщин в зрелом возрасте и даже во второй половине жизни. В ряде случаев разграничивают истинное или первичное состояние, при котором аппетит исчезает с самого начала. И вторичное, ложное или психогенное состояние, характеризующееся сознательным лишением еды с определенной целью. Отказ от пищи может быть и периодическим, иногда сочетается с другим состоянием. Последнее обстоятельство не имеет отношения к ремиссии: возвращение или усиление аппетита может служить предвестником последующих страхов, тяжелых депрессивных реакций, самоубийства. Данное состояние отличается от отказа от пищи по бредовым, галлюцинаторным и суицидальным мотивам, а также от утраты пищевой потребности при психозах, депрессии, соматических заболеваниях.

Вопросы к задаче:

1. Определите данное состояние.
2. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.
3. С чем данное состояние можно дифференцировать.
4. Определите тактику психолога.

Ответы:

1. Определите данное состояние.

Синдром нервной анорексии — это психическое расстройство пищевого поведения, характеризующееся болезненной тягой к снижению веса, страхом перед ожирением и искаженным восприятием своего тела. Его летальность в некоторых странах достигает 18%.

2. Какие психодиагностические методики в данном случае можно использовать.

Диагностические критерии нервной анорексии по МКБ-10: а) вес тела сохраняется как на 15% ниже ожидаемого. б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывания у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения. в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес. г) общее эндокринное расстройство.

д) при начале в пубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы). Если суммировать клинические особенности аноректического синдрома, то они сводятся к следующим характеристикам: 1. Наличие преморбидной гиперсоциальности (подтвержденной родителями и учителями) как основной личностной черты. До развития заболевания пациенты (чаще – пациентки) всегда были требовательными к себе и окружающим. 2. Наличие в анамнезе, так называемого, «синдрома отличниц», характеризующегося стремлением к получению высоких оценок, центрированием на вопросах учебы, отношение к которой всегда очень ответственное, что выражается в особой тщательности и аккуратности выполнения школьных заданий. 3. Нередко в анамнезе можно обнаружить признаки какого-либо психогенного фактора: со слов пациенток, их дразнили, называли толстыми. Однако, при глубоком и детальном изучении этих эпизодов выяснено следующее: а) данные воспоминания, на самом деле, не являлись психогенными для этих пациенток: не отмечалось какой – то особенно напряженной, эмоционально окрашенной реакции; рассказывая о них, они просто констатировали это как имевший место случай. б) нередко такие замечания попадали на уже готовую почву, так называемую, дисморфоманическую настороженность (аноректическую уязвимость). В этих случаях происходило потенцирование еще четко не сформированных дисморфоманических переживаний, а не возникновение невротического конфликта. 4. Упорный отказ от еды, сведение до крайнего минимума количества употребляемой пищи или очень строгая и вычурная диета, также приводящая к нарастающему истощению (снижение массы тела более чем на 10–15%), отсутствие у девочек месячных в течение длительного периода и развитие явлений тяжелой кахексии. При этом имеется четкая мотивация, толкнувшая на голодание, страстное желание избежать полноты тела, похудеть, иметь грациозную фигуру. 5. Наличие дисморфофобических идей, лежащих в основе отказа от еды с достаточно быстрой трансформацией в дисморфоманические и связанной с ними убежденностью в отталкивающей полноте. 6. Особенности «пищевого» поведения. Это касается, прежде всего, приготовления пищи: она начинает готовиться по-особому, порой вычурному, нелепому рецепту (вычурные диеты). При этом идет резкое самоограничение потребления пищи и «закармливание» — своих близких. 7. Вычурное и порой даже гротескное «непищевое» поведение: так, одна больная заставляла гулять вместе с собой по улицам свою мать в течении 4 часов, несмотря на ее сопротивление и сильный мороз, другая — лежа на полу, тренировала свои мышцы брюшного пресса с таким упорством, что у нее на крестце образовалась глубокая язва, третья — использовала специфический макияж, известный в литературе как «маска смерти». 8. Затруднение, но не снижение, «учебной» деятельности увеличение количества времени, которое затрачивается пациентками на приготовление домашних заданий; порой засиживаются за ними до глубокой ночи. 9. Особенности аффективной сферы, которая не отличается той широтой и разнообразием спектра, каким обладают больные неврозами. 10. Обеднение круга общения. Контакты со сверстниками обедняются, становятся формальными, то же самое происходит во взаимоотношениях с родителями, причем это общение происходит через призму «пищевого» поведения пациенток, формируя характерную систему внутрисемейных отношений (аноректический шантаж со стороны пациенток и вынужденное подчинение их, порой нелепым требованиям — со стороны родителей). 11. Отсутствие критики к своему состоянию, которое не поддается коррекции и разубеждению (то есть трансформация сверхценных идей в фактически бредовые). 12. Специфический тип течения заболевания, который выражается в том, что после аноректической фазы формируется булимическая фаза, проявления которой продолжаются в среднем 1—5 месяцев.

3. С чем данное состояние можно дифференцировать.

1) аноректическом синдромом при истерическом неврозе;

2) аноректическом синдромом при шизотипическом расстройстве;

3) аноректическом синдроме при параноидной форме шизофрении.

4. Определите тактику психолога.

Критерии оценивания результатов обучения

Для оценивания результатов решения ситуационной задачи во время сдачи государственного итогового экзамена

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями достаточными для ответа на вопросы ситуационной задачи в полном объеме, достаточно глубоко осмысливает вопросы к задаче и ответы на них; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы задачи, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями, необходимыми для решения задачи почти в полном объеме программы; самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы задачи; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний, необходимых для ответа на вопросы задачи; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний, необходимых для ответа на вопросы ситуационной задачи, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.