

МОАУ ВО «ВОРОНЕЖСКИЙ ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И
СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ»
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ
ДИСЦИПЛИН

Утверждено
Решением Ученого совета
от «30» июня 2023 года
Протокол № 11
Председатель Ученого совета
_____ В.И. Селютин

Рабочая программа дисциплины

Б1.О.29 Клиническая психология

Направление подготовки
37.03.01 Психология

Направленность (профиль): «**Социальная психология**»

Квалификация выпускника
бакалавр

Форма обучения:
очная, очно-заочная

Воронеж 2023

Автор-составитель _____ Косых Г.В., кандидат психологических наук, доцент

Рабочая программа дисциплины рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психологии и социально-гуманитарных дисциплин
Протокол № 11 от «22» июня 2023 г.

Зав. кафедрой _____ Зверева В.А.

Согласовано:

Проректор по учебной и методической работе _____ Захарова Е.А.

Заведующий библиотекой _____ Попова О.В.

© Воронежский институт экономики и социального управления, 2023

Рабочая программа дисциплины составлена на основании:

1. Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 37.03.01 Психология (уровень бакалавриата), утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 29.07.2020 № 839.
2. Учебного плана образовательной программы «Социальная психология» направления подготовки 37.03.01 Психология (уровень бакалавриата), утвержденного решением Ученого совета МОАУ ВО «Воронежский институт экономики и социального управления» (протокол № 11 от 30.06.2023 г.).

Содержание

I. Цели и задачи дисциплины (модуля)	4
II. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО	4
III. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	6
IV. СОДЕРЖАНИЕ И СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ	8
4.1. Содержание дисциплины, структурированное по темам, с указанием видов учебных занятий и отведенного на них количества академических часов	8
4.2. План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся по дисциплине – очная/очно-заочная формы обучения.....	13
4.2.1. Этапы подготовки и трудоемкость выполнения курсовой работы – курсовая работа не предусмотрена.	22
4.3. Содержание разделов и тем учебного материала	24
4.3.1. Перечень семинарских, практических занятий и лабораторных работ	53
4.4. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.....	58
V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	63
ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	63
VI. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	68
(МОДУЛЯ)	68
VII. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень лицензионного программного обеспечения и информационных справочных систем	69

I. Цели и задачи дисциплины (модуля)

Цель:

- освоение студентами содержания предмета «Клиническая психология» и получение практико-ориентированных навыков работы клинического психолога;
- усвоение понятийного аппарата;
- понимание влияния углубленного знания по патопсихологии на формирование знаний в клинической психологии, как области профессиональной деятельности, направленной на повышение психических ресурсов человека и его адаптационных возможностей, гармонизацию психического развития, охрану здоровья, преодоление недугов и психологическую реабилитацию;
- формирование терапевтической культуры общения и помощи клиентам; возможности вхождения в профессиональные сообщества; становление и подготовку различных групп психологов, способных грамотно работать с клиентами, имеющими клинический статус;
- понимание влияния углубленного знания в клинической психологии на формирование исходного умения практического использования знаний при решении задач профессионального развития субъекта профессиональной деятельности.

Задачи:

- изучение основных закономерностей психической деятельности человека – критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики, психологии общения психолога, врача, пациента, психологической атмосферы лечебно-профилактической учреждения;
- раскрыть закономерности развития человека на ступени формирования его развития, выделяя отдельно моменты патологического развития человека и его личности;
- основные принципы и методы работы психолога в психиатрии, клинике неврозов и пограничных состояний, с больными психосоматического профиля, наркологии, группами риска нарушений психической адаптации, особенности работы с взрослым, детским и подростковым контингентом;
- изучение особенностей взаимоотношений больного человека с окружающей его средой;
- особенности работы в сфере социального обслуживания больных и инвалидов;
- изучение основ психодиагностики в клинической (медицинской) психологии.

II. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

2.1. Учебная дисциплина (модуль) «Клиническая психология» относится к обязательной части образовательных отношений.

2.2. Для изучения данной учебной дисциплины (модуля) необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами: «Анатомия центральной нервной системы», «Физиология высшей нервной деятельности», «Зоопсихология и сравнительная психология», «Общая психология», «Общепсихологический практикум», «Методологические основы психологии», «Психофизиология».

2.3. Перечень учебных дисциплин, для которых необходимы знания, умения и навыки, формируемые данной учебной дисциплиной. Основные положения дисциплины используются в дальнейшем при изучении следующих дисциплин: «Специальная психология», «Социальная психология», «Акмеология общественного сознания», «Психология семьи», «Педагогика», «Психология труда», «Психология руководства и

лидерства», «Социальная психология конфликта», «Консультативная психология», «Работа психолога с лицами девиантного поведения», «Основы психотерапии», «Практикум по психокоррекции», «Когнитивная психология», «Психология мышления и речи», «Психология личности», «Этнопсихология», «Антропология и психогенетика», «Психология гендерных различий», «Психология стресса», «Психодиагностика», «Практикум по психодиагностике», «Экспериментальная психология», «Дифференциальная психология», «Методы психологической саморегуляции».

Дисциплина изучается в 3 семестре на 2 курсе очной и очно-заочной форм обучения.

Клиническая психология – это раздел психологии на стыке с медициной, изучающая психические явления с точки зрения их взаимосвязи с болезнями. Клиническая психология рассматривает пограничные состояния людей, подвергшихся стрессам, эмоциональному выгоранию, психологическим травмам, а так же людей с отклонениями, появившимися в процессе воспитания, приобретших различные акцентуации и склонных к аддикциям, девиантности, экапизму, наркомании и другим формам, нарушающим процессы социального взаимодействия.

Клиническая психология так же рассматривает формы заболеваний врожденных психических расстройств, диагностика которых необходима при приеме в детские дошкольные, школьные образовательные учреждения и при последующем приеме на работу, в том числе в военные и другие организации, где трудовая деятельность связана с повышенной социальной ответственностью.

Разделами дисциплины «Клиническая психология» являются: патопсихология, нейропсихология, соматопсихология, социальная психиатрия, деонтология.

Клиническая психология использует методы психологической диагностики для выявления нарушений психических функций, процессов, состояний, личностных деформаций и поведения больного человека или практически здоровых людей в ситуациях, угрожающих нарушением психической адаптации, следствием которых могут быть расстройства психического, соматического здоровья и снижения качества жизни.

Клиническая психология, используя теорию и методы психологической науки для исследования роли психических факторов в этиологии, патогенезе, лечении и профилактике заболеваний, диагностике нарушений психических функций, процессов, состояний, изменения структуры личности и поведения человека в условиях болезни или при ситуациях, потенциально угрожающих здоровью, в настоящее время большое внимание уделяется психологии здоровья и методам профилактики.

Патопсихология относится к междисциплинарной области знания, развивающаяся на стыке психологии и медицины. Дисциплина «Клиническая психология» как наука должна рассматриваться исходя из принципа системности, развития человека, через зависимость его от общей ситуации индивидуального развития. В изучаемом научном направлении рассмотрение патологических случаев проходит, в частности, через сопоставление с предыдущим накопленным опытом и современными тенденциями в изучаемой области знаний. Принцип системности является основополагающим для осуществления оценки прошлого, настоящего и прогноза будущего пациента. Помимо этого, должны учитываться и применяться и другие общенаучные принципы: гуманистической направленности, актуального и потенциального и т.д.

III. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс освоения дисциплины направлен на формирование компетенций (элементов следующих компетенций) в соответствии с ФГОС ВО и ОП ВО по направлению подготовки Психология, профиль «Социальная психология»:

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций

Компетенция	Индикаторы компетенций	Результаты обучения
ОПК-4 Способен использовать основные формы психологической помощи для решения конкретной проблемы отдельных лиц, групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ограниченными возможностями здоровья и при организации инклюзивного образования	ОПК- 4.1 Демонстрирует знание истории развития представлений о норме и патологии в области психического здоровья ОПК-4.2 Использует представления о норме и патологии в оценке состояния, поведения и установок конкретного человека	Знать: историю развития и современные концепции представлений о норме и патологии в области психического здоровья. Уметь: провести диагностику в соответствии с современными концепциями здоровья и болезни. Владеть: основными формами психологической помощи для решения конкретной проблемы отдельных лиц или групп лиц (населения).
ОПК-5 Способен выполнять организационную и техническую работу в реализации конкретных мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера	ОПК-5.1 Способен на эмпирическую валидизацию и возможности применения рассматриваемых теорий личности для решения прикладных задач ОПК-5.2 Может объяснять причины поведения личности и группы, а также причины возникновения и развития различных отклонений ОПК-5.3 Использует приемы	Знать: эмпирическую валидизацию и границы возможностей применения знаний теоретических концепций в практической деятельности. Уметь: выполнить организационную и техническую работу по реализации мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера. Владеть: диагностикой причин поведения и причин появления таких поведений у личности или группы, причин развития наблюдаемых отклонений. Применять базовые процедуры анализа проблем индивида, его социализации, профессиональной и образовательной деятельности. Способствовать функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях.

	<p>сравнения и анализа теорий личности в реализации конкретных мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера</p> <p>ОПК-5.4 Применяет базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях</p>	
<p>ОПК-6 Способен оценивать и удовлетворять потребности и запросы целевой аудитории для стимулирования интереса к психологическим знаниям, практике и услугам</p>	<p>ОПК-6.3 Может обосновывать психические явления с позиции анатомии и центральной нервной системы физиологии высшей нервной деятельности</p>	<p>Знать: особенности психических явлений с позиции анатомии центральной нервной системы с опорой на физиологию высшей нервной деятельности. Уметь: оценивать отклонения от принятой статистической (медико-социальной) нормы и субъективной нормы индивида. Владеть: индивидуальными и групповыми методами оценки и коррекции состояния индивида, отвечающим запросам целевой аудитории.</p>

IV. СОДЕРЖАНИЕ И СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ

Объем дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 часа,

(Из них реализуется с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий __ часов

Из них ____ часов – практическая подготовка (указать при наличии)).

Форма промежуточной аттестации: дифференцированный зачет (3 семестр для всех форм обучения)

4.1. Содержание дисциплины, структурированное по темам, с указанием видов учебных занятий и отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Раздел и (или) тема дисциплины	Очная форма обучения							Очно-заочная форма обучения						
		Общая трудоемкость (в часах)	Виды учебных занятий, включая самостоятельную работу обучающихся и трудоемкость (в часах)				Контроль	Практическая подготовка	Общая трудоемкость (в часах)	Виды учебных занятий, включая самостоятельную работу обучающихся и трудоемкость (в часах)				Контроль	Практическая подготовка
			Контактная работа			СР				Контактная работа			СР		
			всего	лекции	сем., практ. занятия					КСР	всего	лекции			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Раздел 1. Развитие патопсихологического знания в клинической психологии.	3	1			2			2				2		
2	Тема 1.1. Понятие клинической психологии как науки: - предмет, задачи, методологические принципы; - категориально-понятийный аппарат; - место клинической психологии среди других наук; - история развития исследований в клинической психологии и ее современные тенденции.	3	1			2			2				2		
3	Раздел 2. Основные	19	5	6		8			12	1	1		10		

	психодиагностические аспекты работы клинического психолога.														
4	<p>Тема 2.1. Понятие «нормы» и «патологии» в клинической психологии.</p> <p>Тема 2.2. Характеристика психодиагностических аспектов работы клинического психолога.</p> <p>2.2.1. Методы психологического обследования.</p> <p>2.2.2. Методы и методики экспериментально-психологического исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - понятие «психодиагностика»; - понятие «экспериментальное исследование»; - инструментарий для диагностики больных клиническим психологом; - психологический анамнез; - методики исследования памяти; - методики исследования внимания; - методики изучения мышления и интеллекта; - оценка высших корковых функций; - расстройство целенаправленных действий; - исследование эмоционально-волевой сферы; - оценка личности больного; - исследование самооценки; - исследование уровня притязаний. 	19	5	6	8			12	1	1		10			

	<p>2.2.3. Патопсихологический диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - понятие патопсихологического диагноза; - составляющие патопсихологического диагноза; - психодиагностическое заключение. <p>Тема 2.3. Понятие «здоровье» и «болезнь» как динамика нормы и патологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение; - критерии психического здоровья; - факторы, влияющие на состояние здоровья или болезни; - биомедицинская и биопсихосоциальная модели болезни. <p>Тема 2.4. Образ жизни как критерий изучения личности в болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение и структура; - критерии и концепция качества жизни; - здоровый образ жизни как метод профилактики болезни; - психогигиена; - психопрофилактика; - психотерапия. <p>Тема 2.5. Понятия «инвалид» и «инвалидность» как крайние формы патологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определения; - реабилитация (в том числе трудовая). 													
5	Раздел 3. Психология	13	2	6		5		10	1	1		8		

	больного человека.														
6	Тема 3.1. Психосоматические влияния и болезнь. Тема 3.2. Внутренняя картина болезни: - концепции; - структурная организация; - субъективная оценка заболевания. Соматонозогнозия. Реагирование личности на болезнь. Тема 3.3. Типы реакций личности на болезнь. Нозогении. «Схема тела» и ее роль.	4	2	1		1			4	1	1		2		
7	Тема 3.4. Деонтология. Особенности взаимоотношений «врач (психолог) – персонал - больной». Ятрогения.	3		2		1			2				2		
8	Тема 3.5. Особенности рентного и установочного поведения больного человека.	2		1		1			2				2		
9	Тема 3.6. Особенности течения болезни и клинические проявления: - в клинике внутренних болезней; - в хирургии; - у больных с дефектами тела, органов чувств, аномалиями развития; - в акушерстве; - в педиатрии; - в картине психических заболеваний; - возрастные особенности.	4		2		2			2				2		
10	Раздел 4. Патопсихология. Нарушение сознания,	20	8	4		8			10				10		

	психических процессов и индивидуальных особенностей личности													
11	Тема 4.1. Патопсихология познавательных процессов: - нарушение восприятия; - нарушение внимания; - нарушение памяти; - нарушение мышления.	10	4	2		4		5				5		
12	Тема 4.2. Патопсихология сознания, личности, эмоционально-волевой и психомоторной сфер: - нарушение сознания; - нарушения личности; - нарушения и акцентуации характера; - нарушения волевой сферы; - нарушения эмоциональной сферы; - психомоторные расстройства личности.	10	4	2		4		5				5		
13	Раздел 5. Психогении и экзогенно-органические психические расстройства	26	10	10		6		20	5	5		10		
14	Тема 5.1. Неврозы.	6	2	2		2		4	1	1		2		
15	Тема 5.2. Реактивные психозы.	5	2	2		1		4	1	1		2		
16	Тема 5.3. Психопатии.	5	2	2		1		4	1	1		2		
17	Тема 5.4. Алкоголизм и алкогольные психозы.	5	2	2		1		4	1	1		2		
18	Тема 5.5. Психические расстройства при интоксикациях: - наркомания; - токсикомания; - интоксикации при отравлении лекарственными, пищевыми, промышленными и другими ядами.	5	2	2		1		4	1	1		2		
19	Раздел 6. Эндогенные и	25	10	10		5		200	5	5		10		

	эндогенно органические патопсихологические синдромы														
20	Тема 6.1. Патопсихологические синдромы шизофрении.	5	2	2		1		4	1	1		2			
21	Тема 6.2. Патопсихологические синдромы маниакально-депрессивного психоза.	5	2	2		1		4	1	1		2			
22	Тема 6.3. Патопсихологические синдромы эпилепсии.	5	2	2		1		4	1	1		2			
23	Тема 6.4. Патопсихологические синдромы senильных и пресенильных расстройств (органические психические расстройства позднего возраста).	5	2	2		1		4	1	1		2			
24	Тема 6.5. Патопсихологические синдромы олигофрении.	5	2	2		1		4	1	1		2			
Итого за 3 семестр		106	36	36		34		106	28	28		50			
КСР					2						2				
Контроль															
ИТОГО		108	36	36	2	34		108	28	28	2	50			

4.2. План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся по дисциплине – очная/очно-заочная формы обучения

Семестр	Название раздела, темы	Самостоятельная работа обучающихся			Оценочное средство	Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы	Формируемые компетенции* (индикаторы)
		Вид самостоятельной работы	Сроки выполнения	Трудоемкость (час.)			
1	2	3	4	5	6	7	8

3/3	Раздел 1. Развитие патопсихологического знания в клинической психологии.	1.Подготовка к семинарскому занятию/Подготовка к зачету 2.Выполнение доклада и презентации по темам	сентябрь	2/2	Устный опрос/ Дифф.Зачет	<ol style="list-style-type: none"> 1. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/. 2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с. 3. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с. 4. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с. 5. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с. 	ОПК-4.1
	Тема 1.1. Понятие клинической психологии как науки: - предмет, задачи, методологические принципы; - категориально-понятийный аппарат; - место клинической психологии среди других наук; - история развития исследований в клинической психологии и ее современные тенденции.			2/2			ОПК-4.1
3/3	Раздел 2. Основные психодиагностические аспекты работы клинического психолога.	1.Подготовка к семинарскому занятию/Подготовка к зачету 2.Выполнение доклада	сентябрь	8/10	Устный опрос/ Дифф.Зачет	<ol style="list-style-type: none"> 1. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/. 2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с. 3. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с. 	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-5.4

		и презентации и по темам				<p>4. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.</p> <p>5. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с.</p>	
	<p>Тема 2.1. Понятие «нормы» и «патологии» в клинической психологии.</p> <p>Тема 2.2. Характеристика психодиагностических аспектов работы клинического психолога.</p> <p>2.2.1. Методы психологического обследования.</p> <p>2.2.2. Методы и методики экспериментально-психологического исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - понятие «психодиагностика»; - понятие «экспериментальное исследование»; - инструментарий для диагностики больных клиническим психологом; - психологический анамнез; - методики исследования памяти; - методики исследования внимания; - методики изучения 			8/10			<p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-5.3</p> <p>ОПК-5.4</p>

<p>мышления и интеллекта; - оценка высших корковых функций; - расстройство целенаправленных действий; - исследование эмоционально-волевой сферы; - оценка личности больного; - исследование самооценки; - исследование уровня притязаний.</p> <p>2.2.3. Патопсихологический диагноз: - понятие патопсихологического диагноза; - составляющие патопсихологического диагноза; - психодиагностическое заключение.</p> <p>Тема 2.3. Понятие «здоровье» и «болезнь» как динамика нормы и патологии: - определение; - критерии психического здоровья; - факторы, влияющие на состояние здоровья или болезни; - биомедицинская и биопсихосоциальная модели болезни.</p> <p>Тема 2.4. Образ жизни</p>						
---	--	--	--	--	--	--

	<p>как критерий изучения личности в болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение и структура; - критерии и концепция качества жизни; - здоровый образ жизни как метод профилактики болезни; - психогигиена; - психопрофилактика; - психотерапия. <p>Тема 2.5. Понятия «инвалид» и «инвалидность» как крайние формы патологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определения; - реабилитация (в том числе трудовая). 						
3/3	Раздел 3. Психология больного человека.	<p>1.Подготовка к семинарскому занятию/Подготовка к зачету</p> <p>2.Выполнение доклада и презентации и по темам</p>	сентябрь-октябрь	5/8	Устный опрос/ Дифф.Зачет	<ol style="list-style-type: none"> 1. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/. 2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с. 3. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с. 4. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с. 5. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с. 	<p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-5.3</p> <p>ОПК-5.4</p> <p>ОПК-6.3</p>
	<p>Тема 3.1. Психосоматические влияния и болезнь.</p> <p>Тема 3.2. Внутренняя картина болезни:</p>			1/2			<p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-5.4</p> <p>ОПК-6.3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - концепции; - структурная организация; - субъективная оценка заболевания. <p>Соматозогнозия. Реагирование личности на болезнь. Тема 3.3. Типы реакций личности на болезнь. Нозогении. «Схема тела» и ее роль.</p>						
	Тема 3.4. Деонтология. Особенности взаимоотношений «врач (психолог) – персонал - больной». Ятрогения.			1/2			ОПК-5.3
	Тема 3.5. Особенности рентажного и установочного поведения больного человека.			1/2			ОПК-5.2
	Тема 3.6. Особенности течения болезни и клинические проявления: <ul style="list-style-type: none"> - в клинике внутренних болезней; - в хирургии; - у больных с дефектами тела, органов чувств, аномалиями развития; - в акушерстве; - в педиатрии; - в картине психических заболеваний; - возрастные особенности. 			2/2			ОПК-6.3
3	Раздел 4. Патопсихология. Нарушение сознания, психических процессов	1.Подготовка к семинарскому	октябрь	8/10	Устный опрос/ Дифф.Зачет	1. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/ .	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-6.3

	и индивидуальных особенностей личности	занятию/Подготовка к зачету 2.Выполнение доклада и презентации и по темам				<ol style="list-style-type: none"> 2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с. 3. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с. 4. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с. 5. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; отв. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с. 	
	Тема 4.1. Патопсихология познавательных процессов: - нарушение восприятия; - нарушение внимания; - нарушение памяти; - нарушение мышления.			4/5			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-6.3
	Тема 4.2. Патопсихология сознания, личности, эмоционально-волевой и психомоторной сфер: - нарушение сознания; - нарушения личности; - нарушения и акцентуации характера; - нарушения волевой сферы; - нарушения эмоциональной сферы; - психомоторные расстройства личности.			4/5			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-6.3
3/3	Раздел 5. Психогении и экзогенно-органические психические расстройства	1.Подготовка к семинарскому занятию/Подготовка к	ноябрь	6/10	Устный опрос/ Дифф.Зачет	<ol style="list-style-type: none"> 1. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/. 2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: 	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3

		зачету 2.Выполнение доклада и презентации и по темам				Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с. 3. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с. 4. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с. 5. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с.	
	Тема 5.1. Неврозы.			2/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 5.2. Реактивные психозы.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 5.3. Психопатии.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 5.4. Алкоголизм и алкогольные психозы.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 5.5. Психические расстройства при интоксикациях: - наркомания; - токсикомания; - интоксикации при отравлении лекарственными, пищевыми, промышленными и другими ядами.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
3/3	Раздел 6. Эндогенные и эндогенно органические	1.Подготовка к семинарско	декабрь	5/10	Устный опрос/ Дифф.Зачет	1. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/ .	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3

	патопсихологические синдромы	му занятию/По дготовка к зачету 2.Выполнен ие доклада и презентаци и по темам				<p>2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с.</p> <p>3. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с.</p> <p>4. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.</p> <p>5. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с.</p>	ОПК-6.3
	Тема 6.1. Патопсихологические синдромы шизофрении.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 6.2. Патопсихологические синдромы маниакально-депрессивного психоза.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 6.3. Патопсихологические синдромы эпилепсии.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 6.4. Патопсихологические синдромы сенильных и пресенильных расстройств (органические психические расстройства позднего возраста).			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
	Тема 6.5. Патопсихологические синдромы олигофрении.			1/2			ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
Общий объем самостоятельной работы по дисциплине (час)				34/50			
Из них объем самостоятельной работы с				0			

использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий (час) (указать при наличии)				
---	--	--	--	--

Примечание:

Образовательная деятельность по образовательной программе проводится: в форме контактной работы обучающихся с педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации образовательных программ на иных условиях (далее – контактная работа) в форме самостоятельной работы обучающихся и в иных формах, определяемых организацией. Контактная работа может быть аудиторной, внеаудиторной, а также проводиться в электронной информационно-образовательной среде.

Контактная работа при проведении учебных занятий по дисциплинам (модулям) включает в себя:

- занятия лекционного типа (лекции и иные учебные занятия, предусматривающие преимущественную передачу учебной информации педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации образовательных программ на иных условиях, обучающимся),

- занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия),

- групповые консультации,

- индивидуальную работу обучающихся с педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации образовательных программ на иных условиях (в том числе индивидуальные консультации);

- иную контактную работу (при необходимости), предусматривающую групповую или индивидуальную работу обучающихся с педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации образовательных программ на иных условиях, определяемую организацией самостоятельно.

4.2.1. Этапы подготовки и трудоемкость выполнения курсовой работы – курсовая работа не предусмотрена.

Этапы подготовки и выполнения курсовой работы:	Всего часов	
	очная форма обучения	заочная форма обучения
1.Выбор темы. Составление плана курсовой работы		
2.Подбор литературы, изучение научных работ по исследовательской теме. Составление развернутого плана.		
3.Написание первого варианта курсовой работы на основе разработанного развернутого плана исследования; и проверка его научным руководителем.		
Оформление окончательного варианта курсовой работы, и представление ее научному		

руководителю, и защита работы.		
Итого часов выполнения курсовой работы:		

4.3. Содержание разделов и тем учебного материала

Раздел 1. Развитие патопсихологического знания в клинической психологии.

Тема 1.1. Понятие клинической психологии как науки:

- предмет, задачи, методологические принципы;
- категориально-понятийный аппарат;
- место клинической психологии среди других наук;
- история развития исследований в клинической психологии и ее современные тенденции.

Понятие, предмет и структура клинической психологии

Клиническая психология является отраслью психологической науки. Содержание дисциплины включает: 1) применение достижений психологии в медицинской практике (прежде всего это касается решения проблемы взаимодействия врача с пациентом); 2) предупреждение болезней (профилактику) и охрану здоровья; 3) психические аспекты соматических расстройств и пр. *Предметом* общей клинической психологии являются: 1) основные закономерности психологии больного, психологии медицинского работника, психологические особенности общения больного и врача, а также влияние психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений на состояние человека; 2) психосоматические и соматопсихические взаимовлияния; 3) индивидуальность (личность, характер и темперамент), эволюция человека, прохождение им последовательных этапов развития в процессе онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), а также эмоционально-волевые процессы; 4) вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны; 5) психогигиена (психология медицинских консультаций, семьи), в том числе психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический), психология половой жизни; 6) общая психотерапия. Перед клинической психологией как самостоятельной наукой встают определенные *цели*: 1) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; 2) изучение влияния тех или иных болезней на психику; 3) изучение психических проявлений различных болезней в их динамике; 4) изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей средой; 5) разработка принципов и методов психологического исследования в клинике; 6) создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях. *Структура клинической психологии* - основными разделами клинической психологии являются: патопсихология, нейропсихология, психосоматическая медицина.

Методологические принципы клинической психологии

Методология - это система принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, объединенная учением об этой системе. Она имеет разные уровни: философский, общенаучный, конкретно-научный, которые находятся во взаимосвязи и должны рассматриваться системно. Методология тесно связана с мировоззрением, поскольку ее система предполагает мировоззренческую интерпретацию основ исследования и его результатов. Методология в психологии реализуется посредством следующих положений (*принципов*).

1. Психика, сознание изучаются в *единстве внутренних и внешних проявлений*. Взаимосвязь психики и поведения, сознания и деятельности в ее конкретных, изменяющихся формах является не только объектом, но и средством психологического исследования.
2. Решение психофизической проблемы утверждает *единство, но не тождество* психического и физического, поэтому психологическое исследование предполагает и часто включает физиологический анализ психологических (психофизиологических) процессов.
3. Методика психологического исследования должна опираться на *социально-исторический анализ деятельности человека*.
4. Целью психологического исследования должно быть раскрытие специфических психологических закономерностей (*принцип индивидуализации исследования*).
5. Психологические закономерности раскрываются в процессе развития (*генетический принцип*).
6. *Принцип педагогизации* психологического изучения ребенка. Он означает не отказ от экспериментального исследования в пользу педагогической практики, а включение принципов педагогической работы в самый эксперимент.
7. Использование в методике психологического исследования продуктов деятельности, поскольку в них материализуется сознательная

Подчеркивая значение методологических проблем в клинической психологии, В.Н. Мясичев писал: «Чем более важны и ответственны проблемы здоровья и болезней человека, тем более необходимо серьезное обоснование методологической стороны и основы медицинской психологии, сложность и трудность которой возрастает вследствие сочетания в проблеме медицины и психологии».

Акмеологическая модель деятельности клинического психолога

Профессия практического психолога, обладающего багажом клинической психологии, справедливо считается одной из наиболее сложных. Вопрос подготовки и переподготовки клинических психологов немедицинского образования требует комплексного научно обоснованного теоретико-методологического и практического решения. *Акмеограмма практического клинического психолога* представляет собой объективные и субъективные характеристики (профессионально важные качества) труда. *Объективные характеристики* включают задачи, функции (профессиональные действия) социально-психологических задач, результаты деятельности клинического психолога. *Субъективные характеристики* делятся на ролевые характеристики, включающие знания в области теории и практики, навыки, умения и субъективные качества, подразделяющиеся на индивидуальные и профессиональные качества клинического психолога и акмеологические инварианты (подробная акмеограмма практического клинического психолога представлена в приложении).

Деятельность психолога в медицинском учреждении направлена на: 1) повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека; 2) гармонизацию психического развития; 3) охрану здоровья; 4) профилактику и психологическую реабилитацию. *Предметом деятельности* клинического психолога можно считать психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности. Поэтому важно подчеркнуть, что клинический психолог – это специалист, который может работать не только в клиниках, но и в учреждениях другого профиля: образования, социальной защиты и др. Это учреждения, в которых необходимо углубленное изучение личности человека и оказание ему психологической помощи. В вышеуказанных областях клинический психолог выполняет следующие виды деятельности: 1) диагностическую; 2) экспертную; 3) коррекционную; 4) профилактическую; 5) реабилитационную; 6) консультативную; 7) научно-исследовательскую и др.

Основы деятельности психолога бюро медико-социальной экспертизы

Основополагающие позиции МСЭ изложены в следующих документах: • Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; • постановление Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»; • приказ Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2004 г. № 327 «Об утверждении Устава федерального государственного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы»; • постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»; • приказ Минздравсоцразвития России от 29 ноября 2007 г. № 733 «Об утверждении Административного регламента Федерального медико-биологического агентства по исполнению государственной функции по организации проведения медико-социальной экспертизы, по организации деятельности по установлению связи заболевания (смерти) с профессией, а также причинной связи заболевания, инвалидности или смерти с воздействием особо опасных факторов физической, химической и биологической природы»; • постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 247 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом»; • приказ Минздравсоцразвития России от 23 декабря 2009 г. № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»; • приказ Минздравсоцразвития России от 17 ноября 2009 г. № 906н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». К федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы относятся находящиеся в ведении Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России) Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, главное бюро, осуществляющее медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий

(далее - главные бюро), имеющие филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро). На современном этапе используется следующее понятие МСЭ.

История возникновения и развития клинической психологии

Зарождение клинической психологии начинается еще с античных времен, когда психологические знания зарождались в недрах философии и естествознания. Затем знание приходит в упадок, расцветает алхимия, и вплоть до XIII в. делятся «темные» годы. Психология в средние века опирается на философию Фомы Аквинского. Развитие представлений о психике на этом этапе резко замедлилось. Важную роль в развитии отечественной клинической психологии сыграл А.Ф. Лазурский – организатор собственной психологической школы. Наиболее разработанными в 60-х гг. XX в. были следующие разделы клинической психологии: 1) патопсихология, возникшая на стыке психологии, психопатологии и психиатрии (Б.В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков и др.); 2) нейропсихология, сформировавшаяся на границе психологии, неврологии и нейрохирургии (А.Р.Лурия, Е.Д. Хомская и др.). В настоящее время клиническая психология является одной из наиболее популярных прикладных отраслей психологии и имеет большие перспективы развития как за рубежом, так и в России.

Патопсихология - это раздел медицинской психологии изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезнях. Анализ патологических изменений осуществляется на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме. Патопсихология личности вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике симптомам. Патопсихология личности изучает психические расстройства в первую очередь экспериментально-психологическими методами. Прикладное значение патопсихологии личности в практике медицины проявляется в использовании полученных в эксперименте данных для дифференциальной диагностики расстройств психики, установления степени выраженности психического дефекта в интересах экспертизы, например военной, трудовой, судебной, а также оценки эффективности проводимого лечения по объективным характеристикам динамики психического состояния, больных, анализа возможностей личности больного с точки зрения ее сохранных сторон и перспектив компенсации утраченных свойств в целях выбора оптимальных психотерапевтических мероприятий, проведения индивидуальной психологической реабилитации. Значение патопсихологических исследований для психологии заключается в возможности более глубокого познания закономерностей функционирования и развития нормальной психики, изучение категорий «психической нормы», «психического здоровья», а также факторов, активизирующих или тормозящих развитие личности в ходе онтогенеза и социогенеза. Основы современной патопсихологии заложены в трудах отечественных психологов, таких, как А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и др. Большой вклад в изучение различных видов личностной патологии внесли выдающиеся отечественные ученые-клиницисты: П.М. Балинский, В.Х. Кандинский, С.С. Корсаков, С.А. Суханов, П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков. Значительную роль в учении об аномалиях психического развития - психопатиях сыграл П.Б. Ганнушкин. Он считал, что о психопатии можно говорить только в том случае, когда вся личность, во всех ее проявлениях представляется аномальной. Отдельные черты ее не дают основания судить обо всем характере. П.Б. Ганнушкин впервые обосновал принцип динамичности в учении о психопатиях, рассматривая их как сплав врожденных и приобретенных особенностей личности.

Раздел 2. Основные психодиагностические аспекты работы клинического психолога.

Тема 2.1. Понятие «нормы» и «патологии» в клинической психологии.

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния человека в клинической психологии. В термин «норма» вкладывается два основных содержания: первое - статистическое содержание; второе – оценочное содержание. Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора нормативной группы. Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как патология. Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин «патология», - страдание. Следовательно, под патологией можно

понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. в термине «патология» заметно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного». Из-за перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина «расстройство», ограничив применение понятия «патология» только биологическим уровнем нарушений. *Расстройство* - означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление данного термина не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения.

Тема 2.2. Характеристика психодиагностических аспектов работы клинического психолога.

2.2.1. Методы психологического обследования.

2.2.2. Методы и методики экспериментально-психологического исследования:

- понятие «психодиагностика»;
- понятие «экспериментальное исследование»;
- инструментарий для диагностики больных клиническим психологом;
- психологический анамнез;
- методики исследования памяти;
- методики исследования внимания;
- методики изучения мышления и интеллекта;
- оценка высших корковых функций;
- расстройство целенаправленных действий;
- исследование эмоционально-волевой сферы;
- оценка личности больного;
- исследование самооценки;
- исследование уровня притязаний.

2.2.3. Патопсихологический диагноз:

- понятие патопсихологического диагноза;
- составляющие патопсихологического диагноза;
- психодиагностическое заключение.

Методы исследования в клинической психологии

Решение своих задач психология осуществляет посредством использования определенных приемов, способов, выступающих в качестве методов психологического исследования. Методы психологического исследования также обнаруживают зависимость от основных теоретических принципов, лежащих в основе предмета психологии, и конкретных задач, которые она решает. *Этапы психологического исследования.* 1. Формулирование проблемы (вопрос о причинах или факторах, определяющих существование или специфику того или иного явления). 2. Выдвижение гипотезы (предположительный ответ на вопрос, сформулированный в проблеме). 3. Проверка гипотезы на эмпирическом материале. 4. Интерпретация результатов проверки.

В основном о методах психологии говорят в связи с третьим этапом - проверкой гипотезы. Как и все естественные науки, психология располагает *двумя основными методами получения психологических фактов: наблюдения (описательный) и эксперимента.* Каждый из методов имеет ряд модификаций, которые уточняют, но не изменяют их сущность.

Методики диагностики

Психологическая диагностика базируется на теоретических основах отечественной психологии. Она направлена на распознавание любого отклонения от нормального функционирования или развития личности, на определение состояния конкретного объекта психической деятельности. *Психологический диагноз* устанавливается психологом на основании результатов психодиагностического исследования и должен содержать следующие основные характеристики, т.е. оценки: состояния высших психических функций и динамики психической деятельности (структура дефекта и степень выраженности); нарушений эмоционально-волевой сферы (неустойчивость, ригидность-пластичность, возбудимость, уровень тревожности) в виде

описания нарушений и степени выраженности; особенностей личности (ценностная ориентация, мотивационная сфера, самооценка, уровень притязаний).

Первый компонент психологического диагноза содержит характеристику *состояния высших психических функций* (память, внимание, мышление, речь, восприятие) и параметры, характеризующие динамику психической деятельности.

Эмоционально-волевой аспект психологического диагноза включает в себя чувства, аффекты, эмоции, настроения и отражает субъективную реакцию на действительность.

Личностный компонент отражает совокупность внутренних условий, через которые преломляются внешние воздействия, и определяет способ взаимодействия индивида с окружающей средой.

Исследование личности. Основным в исследовании остается **метод беседы**, в процессе которой выясняется история развития личности, начиная от раннего детства, а также разнообразные психодиагностические методы. Могут уточняться характерологические особенности на всех этапах развития — школа, вуз, производственный коллектив, устанавливается характер отношения родителей, обстановка в семье, характерологические особенности родителей. Более точные данные о свойствах личности больного могут быть получены методом **лабораторного эксперимента**. Важное место при изучении личности больного занимает наблюдение за ним. Используется также метод анализа продуктов деятельности больного: дневники, письма, заявления, рисунки, чертежи. Сопоставление и анализ всех полученных фактов дает объективное представление о личности. **Обучающий эксперимент.** Осуществление вышеуказанных положений в практике детской патопсихологии можно проследить на примере решения *основной задачи – определения уровня умственного развития ребенка и его возможности к дальнейшему обучению в массовой школе*. Для построения диагностического «обучающего эксперимента» можно использовать различный методический материал.

Патопсихологический анализ нарушений игровой деятельности. Патопсихологические исследования детей дошкольного возраста обычно проводятся в форме игры. Исследование нарушений игры представляет собой целостный подход к анализу патологических явлений. Важной особенностью подхода к изучению аномалий развития через анализ игры является возможность объединить задачи диагностики и коррекции выявленных нарушений. Для исследования индивидуальной игры ребенок вводится в кабинет, где перед ним находятся отдельные игрушки и наборы игрушек, предназначенные для тематических игр. Ребенку предоставляется возможность выбора любой игрушки. Экспериментатор, находясь вдали от ребенка, протоколирует выбор игрушек, правильность их использования, организацию и ход игры, наличие сюжета, вхождение в роль, фантазирование, речевое сопровождение, длительность игры, причину окончания. В коллективных ролевых играх фиксируют усвоение ребенком правил игры, активность, вхождение и выполнение определенной роли, целенаправленность игры и ее длительность. В детской клинике патопсихолог имеет возможность проследить развитие аномального ребенка, начиная с дошкольного и до подросткового возраста. Исследования проводятся с интервалом в 1-3 года при повторных поступлениях ребенка в клинику. Как показывает опыт работы, такие динамические наблюдения являются ценным материалом, так как позволяют проследить развитие новых патологических симптомов и тем самым ретроспективно оценить те тонкие особенности мышления или эмоциональных проявлений, которым при первом исследовании не придавалось существенного значения. Кроме того, такое исследование позволяет оценить динамику развития психики ребенка, происходящего на фоне патологических изменений. Это может давать дополнительные данные для более полного понимания проблемы соотношения первичных, «ядерных», признаков заболевания и вторичных осложнений, которые являются следствием нарушенного развития.

Понятие психологического диагноза

Термин «психологический диагноз» появился в 1921 г. Его предложил выдающийся психиатр и психолог Роршах (1884-1922). Г. Роршах - автор одной из самых популярных психодиагностических проективных методик, известной под названием «Пятна Роршаха». По определению Роршаха, психологический диагноз - это распознавание любого отклонения от нормального функционирования или развития, а также определение состояния конкретного объекта. Отечественный психолог Л.С. Выготский конкретизировал содержание этого понятия и выделил следующие *уровни психологического диагноза*: • первый - симптоматический

(эмпирический) диагноз; он ограничивается констатацией особенностей или симптомов (признаков), но не объясняет механизмов этих нарушений; • второй - этиологический диагноз; учитывает не только наличие определенных особенностей психической деятельности, но и причины их возникновения; • третий - типологический диагноз; определение места и значения выявленных характеристик в общей картине психической жизни человека. Эти три уровня психологического диагноза отражают в той или иной мере актуальное состояние человека. Современная психодиагностика широко используется в здравоохранении, профориентации, расстановке кадров, прогнозировании социального поведения, образовании, прогнозировании психологических последствий изменения среды, судебно-психологической экспертизе, психотерапии. *Психологический диагноз формируется и реализуется по двум направлениям.* 1. Психологический портрет - объем сведений о нормальных формах психического реагирования в целях оценки реабилитационного потенциала личности. 2. Патопсихологический диагноз.

Составляющие психологического диагноза

Анализ рисунка поведения. Психологическое обследование поведения больного или инвалида анализируется по текущей жизненной ситуации, составляющими которого являются: 1) профмаршрут (сколько сменил мест работы, есть ли профессиональный рост (или снижение), производственная характеристика (как общался, конфликтовал или нет, частота получения больничных листов), опрос представителей с места работы (стабильность коллектива); — семья, быт, неформальное общение. В ходе комиссии анализируется рисунок поведения: как больной вошел, как сел, как излагает свои претензии; 2) особенности личности - в рамках психобиографического метода анализа личности анализируются причины того или иного поведения в различных жизненных ситуациях (учеба, работа, семья, неформальное общение, болезнь, инвалидность). В случае необходимости, по запросу врача-эксперта, все эти сведения могут уточняться психологом в ходе экспериментального исследования.

Составляющие патопсихологического диагноза

Ограничение жизнедеятельности трактуется как «отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья...». При постановке диагноза оцениваются основные категории жизнедеятельности, наиболее важные для социальной достаточности человека - способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, к обучению и контролю своего поведения, к труду и ориентировке в окружающем, к общению. При выделении психологического компонента различных сфер жизнедеятельности отмечаются *три уровня* (составляющие) *оценки психологического статуса больного*: функциональный, эмоционально-волевой, личностный.

Психологические нарушения обратимы поддаются психологической коррекции или нивелируются по мере улучшения соматического состояния больного. Имеющиеся ограничения жизнедеятельности можно минимизировать компенсацией нарушенных психических функций за счет сохранных или за счет мотивационно-волевых усилий больного и созданием специального режима осуществления жизнедеятельности. В результате ограничения в той или иной сфере жизнедеятельности снижаются и проявляются лишь в дополнительных усилиях больного. В этом случае реабилитационный прогноз положительный; выраженное: соответствующий вид жизнедеятельности может быть реализован лишь в ограниченном объеме, качество его осуществления снижено. Психологические отклонения приобрели стойкий характер и могут быть скорректированы лишь частично и при значительных затратах усилий специалиста-психолога. Конечная результативность выполнения больным соответствующей деятельности остается умеренно сниженной, даже при использовании всего арсенала корригирующих методов. Реабилитационный прогноз неопределенный; значительно выраженное: соответствующая сфера жизнедеятельности практически полностью недоступна больному. Психические отклонения приняли необратимый характер, их коррекция невозможна или крайне неэффективна. Так как нарушения затрагивают целый ряд психических функций, то возможность компенсаций одних функций за счет других снижена. Специальная организация жизнедеятельности также лишь незначительно увеличивает ее эффективность. В результате соответствующая сфера жизнедеятельности практически полностью недоступна больному, а реабилитационный прогноз отрицательный.

Диагностические ошибки. На результаты психодиагностического обследования могут оказать влияние как объективные факторы (время и место проведения обследования, например, периоды спада умственной активности в течении дня и недели, некомфортная температура в помещении и др.), так и субъективные (пол диагноста, состояние утомления, соматическое

неблагополучие или тестовая искусственность обследуемого и др.). Некоторые ошибки и погрешности возникают вследствие несовершенства психодиагностического инструментария и недостаточной подготовленности психологов к работе с ним. Так, при оценке уровня интеллектуального развития детей с помощью теста Векслера наибольшее число ошибок совершалось при обработке данных, полученных по субтестам оценки словарного запаса, понятливости и способности к составлению объектов. Две основные группы возможных диагностических ошибок были опделены З. Плевацкой: 1) ошибки, связанные со сбором данных: – ошибки наблюдения (например, «слепота» на важные для диагноза черты, проявления личности; наблюдение черт в искаженной качественно или количественно форме); – ошибки регистрации (например, эмоциональная окрашенность записей в протоколе, свидетельствующая скорее об отношении психолога к обследуемому, нежели об особенностях его поведения; случаи, когда абстрактная оценка выдается за предметную, различия в понимании одних и тех же терминов разными людьми); – инструментальные ошибки возникают вследствие неумения пользоваться аппаратурой и другой измерительной техникой (как в техническом, так и в интерпретационном аспекте). 2) ошибки в переработке, интерпретации данных: – эффект «первого впечатления» – ошибка, основанная на переоценке диагностического значения первичной информации; – ошибка атрибуции – приписывание обследуемому черт, которых у него нет, или рассмотрение нестабильных черт в качестве стабильных; – ошибка ложной причины; – познавательный радикализм – тенденция к переоценке значения рабочих гипотез и нежелание искать лучшие решения; – познавательный консерватизм – предельно осторожная формулировка гипотез.

Отмечая общественную значимость психологической диагностики, М. К. Акимова указывает на некоторые распространенные ошибки психодиагностической практической деятельности: 1) некритическое использование зарубежных методик, основанное на непонимании влияния фактора культуры на их результаты; 2) использование методик без отчетливого понимания того, что они измеряют; доверие к названию, «ярлыку» методики без попытки понять историю ее создания и развития представлений об измеряемых ей характеристиках; 3) статический подход к исследуемым индивидам, фактическое отрицание развития при прогнозе и потому неоправданно категоричные выводы и заключения. Важно правильное понимание соотношения между относительной константностью и изменчивостью индивидуальности. Изменчивость индивида во времени, в процессе онтогенеза сочетается с относительной константностью условий развития, обеспечивающих стабильные взаимодействия с окружающей средой, сохраняющих константность структуры индивидуальности. Именно относительная константность личности позволяет психологу установить диагноз и прогноз ее поведения и переживаний. 4) использование методик неспециалистами, связанное с непониманием значения специального образования. Кроме того, встречается и чистая любительщина, шарлатанство, проявляющиеся в составлении доморощенных, не прошедших серьезной проверки методик и использовании их на практике людьми, не имеющими необходимых специальных знаний не только в области психологической диагностики, но у которых вообще отсутствует психологическое образование. Также М. К. Акимова обращает внимание на такой симптом непрофессионализма, как «диагностомания», которая проявляется в стремлении во что бы то ни стало и как можно быстрее поставить диагноз, сделать выводы по неотчетливым и недостаточным признакам. Перечисленные проблемы, влияющие на достоверность и точность диагностической информации, могут быть, по мнению А. Ф. Бурлачука, преодолены путем создания каталогов наиболее распространенных, типичных ошибок, возникающих при проведении и интерпретации отдельных психодиагностических методик. Квалифицированный психодиагност должен учитывать недостатки и ограничения тех или иных методов и методик, особенности их разработки и применения, а также типичные диагностические ошибки, совершаемые при их использовании.

Психодиагностическое заключение

Психодиагностическое обследование завершается написанием заключения, в котором обобщаются и интерпретируются все полученные данные, резюмируются основные выводы, а также формулируется психологический диагноз. Психодиагностическое заключение – документ о результатах диагностического обследования, подготовленный психологом. Функции психодиагностического заключения: – оценка актуального состояния объекта обследования; – прогноз будущего состояния объекта обследования; – разработка рекомендаций (по выбору профессии, форме терапии или коррекции и т. п.). Единой, стандартной формы психодиагностического заключения не существует, оно видоизменяется в зависимости от запроса, диагностической ситуации, адресата, теоретических установок и специализации психолога. Для

регулярно оформляемых заключений можно использовать специально подготовленные и напечатанные бланки.

В структуру психодиагностического заключения целесообразно включать следующие блоки: 1) вводный (анкетные данные, запрос, отношение к обследованию); 2) измерительный (примененные методики, полученные диагностические данные и их сопоставление с нормой); 3) интерпретационный (раскрытие психологического смысла диагностических данных); 4) предложенных мероприятий (действия, которые необходимо предпринять в соответствии с тем или иным психологическим диагнозом). В. Смекал обращает внимание на необходимость формулирования резюме психодиагностического заключения как компактного повторения главных сведений об обследовании, поскольку именно резюме обычно используется в качестве составной части в более комплексном сообщении о данном случае.

Основные правила подготовки психодиагностического заключения: – При подготовке заключения обязательно следует руководствоваться этическими принципами психологической диагностики. – Заключение по своему содержанию должно соответствовать запросу (цели заказа) и уровню подготовки заказчика к получению такого рода информации. – В психодиагностическом заключении для неспециалистов следует избегать специальной терминологии. – Заключение должно основываться на всех доступных для диагноста данных. Обязательно следует указывать, с какими тестовыми нормами сравниваются первичные диагностические данные. – В резюме заключения желательно указывать показатели заметно низкие или высокие (т. е. отличительные особенности обследуемого), а не близкие к средним. – Утверждения психолога должны отражать степень достоверности и надежности каждого из приводимых в заключении результатов или выводов. – Содержание рекомендаций должно соответствовать цели и данным обследования. Точная, верно оформленная документация позволяет корректно и эффективно использовать диагностические данные для психологической помощи обследуемому.

Сообщение результатов психодиагностического обследования. Помимо документального представления результатов обследования обычно необходимо устное сообщение и пояснение итогов психологической диагностики. Сообщение результатов теста должно осуществляться, согласно А. Анастаси, в доступной и полезной для получателя форме. При этом далеко не всегда обследуемые (или заказчики) готовы согласиться с полученными результатами или сделанными на их основе выводами и отнестись к ним спокойно или позитивно. Смысл психодиагностического заключения может быть деформирован стремлением адресата (сознательным или бессознательным) найти подтверждение своего априорного мнения. Тогда различные и для неспециалиста не совсем ясные термины трактуются произвольным образом в соответствии с ожиданиями адресата. В других случаях это происходит вследствие переоценивания одной составной части заключения и недооценивания, либо игнорирования, остальной информации. Основными типами реакций на сообщаемую психодиагностическую информацию бывают: 1) открытое принятие результатов – позитивное и деловое отношение к информации как возможности коррекции и совершенствования своих личностных и профессиональных качеств; 2) скрытое принятие, когда по каким-то причинам (чувство вины, стыда) открыто с результатами и выводами не соглашаются, но дальнейшие действия совершаются с учетом сообщенной информации; 3) частичное принятие – обсуждение спорных и верных моментов в полученной информации; 4) скрытое непринятие, формальное и равнодушное согласие с результатами без уточнения и заинтересованности, стремление поскорей завершить обсуждение; 5) открытое непринятие – явное отвержение, обесценивание как информации, так и специалиста, проводившего обследование. Более подробно проблема предъявления информации о результатах тестирования освещена в книге Н. В. Зоткина. Наиболее конструктивным по своим последствиям является принятие обследуемым информации как помощи в улучшении его личностных и деловых качеств. При этом возможны: – открытое безусловное принятие сказанного на свой счет («Да, я думаю, что Вы правы», «Признаюсь, я и сам так считаю» и т.п.); – частичное признание справедливости сказанного («В этом что-то есть», «Возможно, Вы правы», «Быть может, это чересчур однобоко, но все же кое-что и для себя прояснил» и т.п.); – скрытое принятие, когда на словах с оценкой не соглашаются, но последующее поведение явно выдает признаки ее учета. Не стоит сразу принимать за возражение замечания типа: «И на старуху бывает проруха» и т.п. Часто они являются формой самоутешения, смягчающего горечь принятия нелюбимой информации. Важно отличать от похожей по форме на принятие скрытую манипуляцию, при которой слова типа: «Вы совершенно правы», «Я буду работать над собой» говорят только для того, чтобы

поскорее уйти. Вероятность деструктивных последствий при принятии диагностической информации повышается, если появляются агрессивные тенденции со стороны обследуемого как в отношении других («Только попробуй об этом где-нибудь заикнуться». «Я знаю, кто это Вам подсказал. Ну да ничего, за мной тоже не пропадет!»); «Если так, то тогда и других оцените – пусть тоже о себе кое-что узнают!»), так и в отношении самого себя. В некоторых случаях основное внимание обследуемый обращает не на себя в связи со сказанным, а только на сказанное (на содержание информации, на то каким образом она была получена, на форму ее предъявления). Кроме того, часто возникает стремление либо снизить значимость полученной информации, либо ее дискредитировать вплоть до полного опровержения. К этому типу реагирования относятся: – поиск логических ошибок в услышанном; – критика метода получения данных («Таким способом этого определить нельзя»; «Надо бы сделать ..., а не ...» и т.п.); – терминологический спор («При чем здесь слово...?»; «Трудолюбие – это..., организованность это..., а то, что Вы называете, на самом деле является...»); – неаргументированные заявления о том, что информация сомнительна («все это выеденного яйца не стоит», «все это – ерунда!») и т.п.; нередко встречается бессловесное выражение этой реакции с помощью жестов и мимических масок удивления, недоумения по поводу сказанного); – заявления о своем безразличии к услышанному («Меня это не интересует»; «Думайте, что хотите»; бессловесные формы выражения своего безразличия с помощью жестов и мимики); – стремление снизить значимость информации, например, с помощью шуточных замечаний типа: «Называй меня хоть чугуном, только в печку не ставь», указания на несущественность оценивавшихся качеств для дела, путем сравнения, противопоставления данной беседы, всей процедуры обследования какому-то другому делу («Извините, но у меня есть дела поважнее», «Сколько я мог бы сделать за это время куда более нужного!»). По степени деструктивности более всего опасны явные или скрытые нападки на личность предъявителя диагностической информации.

Соблюдение следующих принципов способствует большей конструктивности реакций обследуемых на результаты диагностики: 1) Принцип доброжелательности. Это основной принцип, соблюдение которого основано на убежденности в универсальной одаренности и самодостаточной ценности каждого человека. 2) Принцип концептуальности. В соответствии с этим принципом оценка отдельных качеств человека должна предъявляться лишь тогда, когда Вы составили представление о нем в целом. Его реализация предполагает наличие ясного представления о том, что для обследуемого является главным, основным, а что – второстепенным, в чем он бесспорно силен, а в чем слаб, что может причинить ему боль, что он скорее всего воспримет нейтрально, на что обращает особое внимание. Все это обязательно должно быть учтено при выборе конкретного способа предъявления диагностической информации. 3) Принцип целесообразности – четкое соотнесение объема, содержания и формы сообщения с целями информирования. 4) Принцип неопределенности.

Получение исчерпывающей и окончательной оценки какого-либо качества человека принципиально невозможно. Это связано с тем, что, во-первых, человек – система открытая, постоянно находящаяся под влиянием множества внешних и внутренних конкурирующих между собой факторов, полный учет суммарного воздействия которых практически невозможен. Во-вторых, оценку человеку всегда в конечном итоге дает другой человек, исходя из своей системы субъективных ценностей. Следовательно, в любой оценке всегда присутствуют элементы субъективности. Поэтому оценки качеств конкретных людей являются вероятностными, а не абсолютными и окончательными. 5) Принцип безопасности использования диагностической информации. Для его практического воплощения необходимо: знание общей ситуации, на фоне которой происходит сообщение результатов; наличие неизбежных санкций за некорректное использование диагностической информации; определение минимального числа посвященных; обеспечение права изменения или даже опровержения первоначальной оценки конкретными делами. Также могут быть использованы такие методы предъявления диагностической информации, как:

- метод внешней интерпретации, когда непосредственным объектом оценки являются конкретные дела человека, а не его личностные качества. Конструктивным такое информирование становится, когда оценка не воспринимается как атака на личность или как не подлежащий обжалованию приговор, а служит основой для поиска путей улучшения результатов деятельности;

- метод компенсации, когда акцент делается на тех качествах обследуемого, использование которых позволит отчасти компенсировать его недостатки. при этом сами недостатки могут вовсе не называться;

– метод парадоксального сообщения информации, когда отыскиваются выигрышные варианты того, что до этого приносило в основном неприятности;

– метод замены утверждений вопросами, когда неблагоприятная зона прямо может вообще не упоминаться, а лишь обозначается специальным образом подобными вопросами типа: «Как Вы оцениваете свои аналитические возможности?»; «Что Вы считаете помехой для работы своей памяти?»; «Какие резервы Вы могли бы использовать для повышения эффективности своей работы?» и т.п.;

– метод программ, когда результаты как таковые вообще не сообщаются, а обследуемый получает индивидуальную программу в виде рекомендаций, направленных на совершенствование тех качеств, которые у него развиты слабо, но важны для выполнения определенной работы. Также отметим, что не рекомендуется сообщать результаты психодиагностических обследований по телефону, а также родственникам, у которых нет достаточных знаний и полномочий для получения такого рода информации (несовершеннолетним или престарелым членам семьи и т.п.).

Тема 2.3. Понятие «здоровье» и «болезнь» как динамика нормы и патологии:

- определение;
- критерии психического здоровья;
- факторы, влияющие на состояние здоровья или болезни;
- биомедицинская и биопсихосоциальная модели болезни.

Позитивное и негативное определение понятия «здоровье». *Общее определение здоровья*, предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором: сохранены структурные и функциональные характеристики организма; имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде; сохраняется эмоциональное и социальное благополучие. *Критерии психического здоровья* по определению ВОЗ: осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»; чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях; критичность к себе и к результатам своей деятельности; соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий; способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами; способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы; способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств. В *определении болезни* существуют две точки зрения: болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом; болезнь есть субъективное ощущение себя больным. В современной медицине существует *две модели болезни*: биомедицинская и биопсихосоциальная. Одна из важнейших биосоциальных категорий, интегрирующих представления об определенном виде (типе) жизнедеятельности человека - *образ жизни*. Она характеризуется особенностями повседневной жизни человека, охватывающими трудовую деятельность, быт, формы использования свободного времени, удовлетворение материальных и духовных потребностей, участие в общественной жизни, нормы и правила поведения.

Тема 2.4. Образ жизни как критерий изучения личности в болезни:

- определение и структура;
- критерии и концепция качества жизни;
- здоровый образ жизни как метод профилактики болезни;
- психогигиена;
- психопрофилактика;
- психотерапия.

ВОЗ рекомендует определять КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства. *Концепция КЖ* обычно включает в себя три основных признака: 1) многомерность, т.е. информацию об основных сферах жизнедеятельности человека (физической, психологической, социальной, духовной и финансовой); 2) изменяемость во времени, т.е. возможность проведения постоянного мониторинга в целях необходимости коррекции; 3) участие больного в оценке его состояния.

Психогигиена (гр. *hygienos* – целебный) – это часть общей гигиены, разрабатывающая мероприятия по сохранению и укреплению нервно-психического здоровья человека. Психогигиена тесно связана с *психопрофилактикой* (*prophylaktikos* – предохранительный), направленной на устранение факторов, вредно отражающихся на психике человека, и на использование факторов, положительно на нее влияющих.

Психогигиена - наука о путях сохранения и укрепления психического здоровья, душевного равновесия - приобретает в настоящее время особое значение в связи с возросшей ролью психоэмоциональных факторов в жизни человека и развитии заболеваний, усложнением межличностных отношений на производстве и в быту. Психогигиена является областью гигиены, но ее возникновение на рубеже XIX и XX веков связано с развитием психиатрии. Психогигиена нацелена на оздоровление окружающей среды, образа жизни и повседневного поведения человека, а также его отношений с людьми и со средой. Можно сказать, что психогигиена заботится о предотвращении психических расстройств в целом - безотносительно их специфичности. В отличие от нее психопрофилактика стремится избавить людей от конкретных расстройств, выявляя и блокируя факторы риска, осуществляя адресные превентивные вмешательства. Таким образом, психопрофилактика является также разделом психиатрии, ее превентивным направлением. В последние годы принятый ранее за рубежом термин «психическое здоровье» вошел в официальный обиход и в нашей стране. Постепенно выяснилось, что области, обозначаемые как «охрана психического здоровья» и «психология здоровья», практически совпадают с областью психогигиены и психопрофилактики. Все эти понятия употребляются сейчас как примерно равнозначные. Итак, психогигиена и психопрофилактика - взаимосвязанные разделы медицины, к которым близко примыкает также психотерапия.

Вся эта группа дисциплин нуждается в научном обосновании (как теоретическом, так и экспериментальном). Оно находится в соответствующих разделах клинической психологии. К основным разделам психогигиены относятся: личная психогигиена, психогигиена труда и отдыха, психогигиена общения, психогигиена быта, возрастная психогигиена. Личная психогигиена - раздел психогигиены, изучающий механизмы психической саморегуляции и разрабатывающий пути улучшения их функционирования с целью укрепления психического здоровья, предупреждения его нарушений и повышения работоспособности. В ее основу положены представления о том, что организм - саморегулирующаяся система, функционирующая по закону взаимобратной связи с помощью сознательных, произвольно управляемых механизмов, оптимизирующих психическую деятельность. Личная психогигиена использует приемы и методы индивидуальной психопрофилактики - аутогенную тренировку, психогимнастику лица и способы самопомощи, применяемые как в регулярном порядке, так и периодически, - для предупреждения отрицательных последствий психотравмирующих факторов. Методы и приемы психогигиены способствуют нейтрализации отрицательных эмоций, формированию адекватных реакций на психотравмирующие ситуации и мобилизации антистрессовых резервов организма. Приемы самопомощи разделяют на психологические и психофизиологические. К психологическим приемам относят: - логические (самоубеждение, оптимистическое сравнение, самоанализ); - волевые (самоприказ, самоосуждение, тренировочное задание и др.); - основанные на воображении (моделирование будущего, вживание в положительный образ); - мнемонические (эмоционально-зрительные, эмоционально-слуховые, эмоционально-моторные, эмоционально-сенсорные); - приемы, основанные на внимании (переключение, отключение); - приемы эмоциональной разрядки (излияние переживаний собеседнику, через письма, дневник). К психофизиологическим приемам самопомощи относят мышечно-эмоциональные, легочно-эмоциональные и сосудисто-эмоциональные. Все они могут быть либо успокаивающими (релаксирующими), либо тонизирующими. Например, такой волевой прием, как самоприказ (распоряжение самому себе), широко применяется для мобилизации воли, самообладания в экстремальных условиях, преодоления страха в трудных жизненных ситуациях. Формулы самоприказа играют роль пускового механизма проявления волевых действий для достижения цели. Волевой прием «лобовой атаки» используется при возникновении страха и навязчивых мыслей и предусматривает с помощью специально подобранных словесных формул, произносимых с чувством гнева, формирование активного отношения к психотравмирующему фактору. Выражение гнева помогает мобилизоваться, обрести уверенность, преодолеть страх. Волевой прием тренировочных заданий по укреплению воли основан на принципе постепенного увеличения нагрузок и систематического выполнения процедур, заданий. Постепенной адаптацией к условиям, вызывающим выраженные отрицательные эмоции, можно преодолеть боязнь

закрытых помещений, пребывания в темной комнате, подъема в лифте, перехода через мост, площадь. Волевой прием "самоосуждения" применяется в тех случаях, когда самоприказ для достижения цели недостаточен. Самоосуждение дает мобилизующий эффект при снижении жизненного тонуса, работоспособности, в состоянии растерянности. Психогигиена труда и отдыха - раздел психогигиены, изучающий пути оптимизации трудовых нагрузок, ускорения процесса восстановления умственной работоспособности, психических функций и укрепления нервно-психического здоровья в свободное от работы время (в период регламентированных перерывов и после работы). В системе психогигиенических мероприятий по поддержанию высокой работоспособности и предупреждению переутомления большое значение имеет внедрение научнообоснованных режимов труда и отдыха - распорядка трудовой деятельности, при котором высокая производительность труда сочетается с устойчивой работоспособностью. Особенно важна рациональная организация внутрисменных перерывов (микро- и макропаузы). Обеденный перерыв целесообразно делать в середине рабочего дня или с отклонением от нее в пределах до 1 часа. Длительность перерыва на обед должна быть не менее 45-60 минут, так как непосредственно после приема пищи деятельность организма направлена на ее усвоение, и работоспособность неизбежно снижается. Работникам умственного труда, ведущим малоподвижный образ жизни, после приема пищи полезен активный отдых: ходьба в течение 10-20 минут, вначале в медленном, а затем в среднем темпе, легкие спортивные игры (бадминтон, настольный теннис) продолжительностью не более 15 минут, за 5-10 минут до начала работы ходьба в медленном темпе. Регламентированные перерывы нужно делать в начальной стадии утомления. Перерывы до начала снижения работоспособности нарушают трудовой ритм и уменьшают эффективность труда. Частоту и длительность перерывов для отдыха определяют в зависимости от характера труда и времени, необходимого для восстановления работоспособности. При этом следует руководствоваться следующими правилами: 1. Чем тяжелее и напряженнее работа, тем ближе по времени к началу смены (или к обеденному перерыву для второй половины рабочего дня) должны быть введены регламентированные перерывы. 2. Во второй половине рабочего дня в связи с более глубоким утомлением время и количество перерывов на отдых должно быть больше, чем в первой половине смены. 3. При работах, требующих большого нервного напряжения и концентрации внимания, целесообразно вводить частые и относительно короткие паузы. Психогигиена общения - раздел психогигиены, изучающий пути оптимизации межличностных отношений на работе и дома - в трудовом, семейном, учебном и других коллективах. Психологический климат - настроение коллектива, его морально-психологическая атмосфера, основой которой являются межличностные отношения. Микроклимат коллектива может быть благоприятным (здоровым) и неблагоприятным. Для здорового психологического климата характерны не только доброжелательное, товарищеское сотрудничество, но и принципиальная взаимная требовательность друг к другу - взаимоотношения, создающие благоприятные предпосылки для творческой продуктивной работы. Следует отметить, что если в коллективе взаимопомощь не сочетается с взаимовыскательностью, то отношения легко могут приобрести характер панибратства, круговой поруки и попустительства, что, в конечном счете, негативно скажется на результатах деятельности организации. В отличие от климата в природе, мало управляемого людьми, психологический климат можно изменять, улучшать.

Психопрофилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития психических расстройств путем предотвращения действия на организм болезнетворных - прежде всего психотравмирующих - факторов, выявления лиц с признаками нервно-психической неустойчивости, раннего распознавания психических расстройств, предупреждения формирования и хронизации психических заболеваний с проведением лечебно-оздоровительных мероприятий. Различают три вида психопрофилактики: первичную, вторичную и третичную. Первичная психопрофилактика включает систему мероприятий, предусматривающих уменьшение вредных воздействий на организм человека, на его психическое состояние, и предупреждение психических нарушений. Указанные меры имеют целью повышение сопротивляемости психики к негативным факторам среды и предупреждение самого факта возникновения болезни. В данном виде профилактики решающее значение имеют совокупность социальноэкономических условий, рациональная организация профессиональной деятельности, быта, отдыха и т.д. Особенно важны оценка и прогнозирование психического здоровья. Речь идет, во-первых, об определении вероятности развития психического расстройства и, во-вторых, об оценке качества психического функционирования и перспектив поведения людей в различных условиях их жизни и деятельности. Несомненно, значимым для решения вопроса о первичной

психопрофилактике, предупреждения самого факта заболевания, является знание психологами клинических проявлений пограничных состояний, что позволит им проводить обоснованные, целенаправленные индивидуальные профилактические мероприятия. Вторичная психопрофилактика - совокупность мер, направленных на предупреждение неблагоприятных последствий уже развившегося психического расстройства или психосоматического заболевания. Имеются в виду активное выявление лиц с начальными проявлениями болезненных состояний, раннее начало лечения с использованием комплексной, как правило, патогенетической терапии, что способствует благоприятному течению болезни, приводит к более быстрому выздоровлению, препятствует затяжному течению болезненного процесса. Важное место во вторичной психопрофилактике отводится мероприятиям по предупреждению рецидивов и достижению наиболее полной ремиссии болезни. В случае затяжного течения заболевания предусматривается поддерживающая терапия, которая проводится в амбулаторных условиях. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. Это понятие практически соответствует социально-психологической реабилитации, которая проводится с учетом социальных, профессиональных, психологических и медицинских факторов и базируется на интегративном подходе к больному, охватывающем все параметры его жизнедеятельности. Таким образом, психогигиена и психопрофилактика являются направлениями клинической психологии, способствующие разработке и проведению мероприятий, направленных на предотвращение психических заболеваний и их последствий. Данные направления являются важными, поскольку предотвращение заболевания наименее благоприятно, чем его лечение.

Психотерапія (от др.-греч. *ψυχή* «душа, дух» + *θεράπεια* уход, лечение») - основной метод психологической коррекции, осуществляемый врачом-психотерапевтом и клиническим психологом, в общем виде представляющий собой набор техник и методик, применяемых психотерапевтом для проведения изменений психоэмоционального состояния человека, его поведения и коммуникативных паттернов, улучшения его самочувствия и улучшения способности к адаптации в социуме; различные системы (модальности, теории) лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т.п.). Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путём установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путём бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик. Однако такое определение не является полным.

Следует отличать понятие психотерапии как от психиатрии, так и от психологии. Психотерапия может быть разновидностью или составляющей частью психиатрического лечения (и описываться в учебниках по психиатрии, рекомендоваться психиатрам для использования), но психиатрическое лечение часто ею не ограничивается (либо в ряде случаев, например при острых психозах, вообще может сводиться лишь к медикаментозному лечению), она носит главным образом компенсаторный характер. Сложным является вопрос о соотношении и разграничении психотерапии и психологического консультирования. По этому поводу существуют разнообразные точки зрения. В частности, утверждается, что психотерапия представляет собой глубокую долговременную работу, нацеленную на изменения в структуре личности, а психологическое консультирование, как правило, является краткосрочным и направлено на достижение клиентами их жизненных актуальных целей. В отличие от психологического консультирования, психотерапия рассчитана обычно на помощь людям с психическими расстройствами. Многие авторы отмечают, что провести чёткую грань между психологическим консультированием и психотерапией невозможно и граница между ними является условной. Нередко эти два термина используются как синонимы

Тема 2.5. Понятия «инвалид» и «инвалидность» как крайние формы патологии:

- определения;
- реабилитация (в том числе трудовая).

Понятия «инвалид» и «инвалидность» в настоящее время постоянно углубляются и расширяются, а иногда и изменяются (в зависимости от аспекта, в котором они рассматриваются), так как процесс интеграции инвалида в социум постоянно совершенствуется за счет научно

обоснованных концепций, появляющихся в различных отраслях теоретико-практических знаний: медицине, социологии, психологии, педагогике, социальной работе, реабилитологии и других. Само слово «инвалид» (англ. *invalid*) в переводе на русский язык означает «больной, болезненный, нетрудоспособный, неполноценный». Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» утверждено основополагающее понятие: «Инвалидом следует считать лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойкими расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и нуждаемости в социальной защите». Согласно заключению ВОЗ под *инвалидностью* понимается любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической функции так, как считается нормальным для среднего человека, а также трудность, вытекающая из недостаточности или инвалидности, которая мешает человеку полностью или частично выполнять какую-то роль в жизни (включая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).

Реабилитация инвалидов. Цели реабилитации инвалидов. Социальная адаптация и трудоустройство психически больных. Одной из задач патопсихологии является обнаружение возможностей компенсации имеющихся патологических явлений и дефектов и, опираясь на них, помощь в социальной адаптации больного. Сохранение трудоспособности психически больных, либо их инвалидизация не всегда полностью определяется клинической формой заболевания и его течения (Д.Е. Мелехов). Значительным резервом профилактики инвалидности больных является психологически обоснованный выбор специальности (либо ее изменение). При удачном, адекватном выборе – даже тяжело больные люди работают, при неадекватном – люди с нерезко выраженной патологией психики – инвалидизируются. Психокоррекционное и психотерапевтическое воздействие на больного, оторванное от его дальнейшей социальной реадaptации, трудоустройства, рискует оказаться малоэффективным или вовсе бесплодным.

Раздел 3. Психология больного человека

Тема 3.1. Психосоматические влияния и болезнь

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина и В.М. Бехтерева. На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни указывали также М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966). Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: «В здоровом теле – здоровый дух». Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы.

Тема 3.2. Внутренняя картина болезни:

- концепции;
- структурная организация;
- субъективная оценка заболевания. Соматозогнозия. Реагирование личности на болезнь.

Внутренняя модель болезни (ВМБ) в социально-психологическом плане есть стереотипная форма реагирования (эквивалентная) (Р.М. Войтенко). Она не зависит от этиологии заболевания и конкретной причины болезни. *Составляющие ВМБ выделяются следующим образом:* 1. *Аутопластическая картина болезни*, определяемая как статическое переживание, восприятие больным болезни во времени (А.Р. Лурия). 2. *Амбивалентность переживаний болезни*. 3. *Переживание болезни во времени*, включающее несколько фаз. 4. *Тип реакции на болезнь*.

С древних времен врачи знали о роли психологических факторов в происхождении и развитии заболеваний. Однако научное обоснование и всестороннее изучение особенностей психической деятельности человека в связи с заболеванием появилось лишь в первой трети XX в. Первые попытки выделения субъективного компонента общей картины соматического

заболевания предпринял в 1929 г. А. Гольдшейдер, предложив назвать этот компонент *«аутопластической картиной болезни»*. В России вопросам психологии больного уделяли большое внимание клиницисты и медицинские психологи (Г.А. Захарьин, Е.А. Шевалев, А.Р. Лурия, М.Я. Мудров, Е.К. Краснушкин, В.Н. Мясищев, К.А. Скворцов, Л.Л. Рохлин, И.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков, А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, Л.С. Мучник, В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова, А.Ш. Тхостов и др.), которые подчеркивали значение личности больного человека и ее влияние на процесс лечения. Немало работ специально посвящены исследованию особенностей ВКБ у больных с определенными нозологическими заболеваниями (исследования касаются широкого спектра болезней (соматических, неврологических, психических, невротических, наркологических).

Структурно-функциональная организация внутренней картины болезни. Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в теории и практике медицины, психологии и смежных с ними наук привело к появлению множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Особую роль в исследованиях затрагивают аспекты структурно-функциональной организации ВКБ как структурированного образования, отражающего болезнь в переживаниях и психике больного на различных уровнях (Е.К. Краснушкин, В.Н. Мясищев, С.С. Либих, А.М. Изуткин, Ю.М. Губачев, В.В. Николаева, Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева, М.С. Лебединский, Л.И. Курындина, А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, Р.М. Войтенко, Л.С. Мучник, Б.Д. Карвасарский, Р. Конечный, М. Боухал, Э.Б. Карпова, А.Ш. Тхостов, Ю.А. Люц, Т.Н. Резникова). Многие авторы, отмечая важность изучения различных сторон ВКБ - чувственной, эмоциональной, познавательной, поведенческой, мотивационной, сознательной, личностной и др. - выделяли как простые, так и сложные ее компоненты. Подчеркивая структурную сложность ВКБ, они указывали в основном на *четыре уровня субъективной картины болезни*, отмечая, что на различных этапах ее развития удельный вес того или иного уровня в общей структуре ВКБ может быть: 1) сензитивным; 2) логическим; 3) эмоциональным (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и на последствия болезни); 4) мотивационным (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры).

Внутренняя картина болезни как характеристика субъективной стороны заболевания. Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении ВКБ. Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями. Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию, включающую в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе. Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию. *Аутопластическая картина болезни* (А. Гольдшейдер, 1929) создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сензитивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Преморбидно-личностные особенности соматогнозии. *Соматогнозия* - это психологическая характеристика соматического здоровья, которая определяется содержанием отношения человека к своему здоровью и является результатом взаимодействия личности, болезни и ситуации, связанной с ней. Определяющая роль в становлении соматогнозии играет сама личность с присущими ей особенностями биологического, психологического и социально-психологического уровня.

Личностные реакции на соматические страдания. Личностные реакции на соматические страдания можно классифицировать следующим образом: нормосоматогнозии, гиперсоматогнозии, гипосоматогнозии, диссоматогнозии.

Тема 3.3. Типы реакций личности на болезнь. Нозогении. «Схема тела» и ее роль

Выделяют *три главных типа реакции больного на свое заболевание*: стеническая, астеническая и рациональная. *Типы личностной реакции на заболевание* (Б.А. Якубов, 1982).

Типология реагирования на болезнь: Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова (1976); Е.А. Шевалева (1936) и О.В. Кербилова (1971); Р. Баркера (*R. Barker*, 1946).

Нозогении. Расстройства психического или невротического характера, провоцирующим фактором которых выступают внутренние болезни, в медицине рассматриваются как психологические нозогенные реакции. Если говорить простым языком, такая реакция есть ни что иное, как неадекватное восприятие болезни. Рассматриваемое состояние может проявляться по-разному, все зависит не только от общего психоэмоционального фона, но и от отношения конкретного человека к болезням.

Причины появления нозогенных реакций. Единственной причиной развития рассматриваемого состояния является болезнь. Все зависит от того, как человек относится к конкретной патологии, как воспринимает ее. Например, к острым респираторно-вирусным инфекциям у людей отношение гораздо лояльнее, чем к СПИДу, хотя этиология у этих заболеваний совершенно одинакова (вирус). ОРВИ - это простуда: человек покашляет/почихает и уже через неделю снова будет абсолютно здоров, а вот СПИД или ВИЧ воспринимается совершенно по-другому и ассоциируется с неправильным образом жизни, употреблением наркотиков. Некоторые люди слишком остро воспринимают известие о болезни, и в таком случае врачи будут говорить о разновидности психогенного расстройства – *гипернозогнозии*. Но есть и такие люди, кто вообще равнодушен к своему здоровью/организму, болезнь просто не замечают и не понимают важности проблемы. Такое состояние будет рассматриваться как *гипонозогнозия*.

Симптомы нозогенных реакций. В зависимости от того, как человек реагирует на свое здоровье и изменения в нем, будут проявляться и симптомы рассматриваемого психологического расстройства. Принято различать три группы симптомов нозогении:

- невротические. Некоторые больные слишком заботятся о своем здоровье, и даже незначительное его ухудшение приводит к самой настоящей панике. В попытках остановить развитие патологии они начинают скрупулезно соблюдать все назначения и рекомендации врачей, сами себе определяют режим питания и дня, соблюдают строгую диету, отказываются от алкоголя и курения, активно занимаются спортом, начинают закаливания, принимают абсолютно все лекарственные препараты. В разговоре со знакомыми и друзьями люди, слишком переживающие за свое здоровье, рассказывают о проблемах, симптомах и самочувствии. Их, по большому счету, ничего больше и не интересует. Если появились какие-то подозрительные симптомы (банально - частое чихание или мышечная усталость), то у человека с гипернозогнозией поднимается новая «волна» паники, они начинают выискивать у себя новые болезни. И напротив, если человек абсолютно равнодушен к своему здоровью, то даже весть о заболевании он воспримет спокойно, будет уходить от разговоров на эту тему и убеждать всех окружающих о своем отличном самочувствии. Обратите внимание: и те люди, кто сильно озабочен здоровьем, и те, кто создает видимость полного равнодушия, испытывают страх смерти.

- аффективные. При гипернозогнозии больной будет испытывать постоянное чувство страха, беспокойства, у него может начаться депрессия. Такой человек будет высказывать опасения по поводу отсутствия положительного эффекта от лечения (чаще всего это не так). Придумывая проблемы с движением конечностей, он ограничит свою физическую активность. А при гипонозогнозии больной, напротив, нарочито подробно рассказывает всем, какое у него замечательное здоровье, и как ошибаются врачи, он начнет пропускать прием лекарственных препаратов (под предлогом «забыл») и не верить в самые неблагоприятные прогнозы, строя планы, мечтая о будущем.

- *патохарактерологические.* К этому симптому относится идея невероятных возможностей, которая возникает при большой озабоченности своим здоровьем. Такие люди верят в свои возможности, в то, что существует чудодейственный препарат, они изнуряют себя голодом и физическими упражнениями, не прислушиваются к рекомендациям врача действовать строго в рамках проводимого курса лечения. Если же человек относится к своему здоровью равнодушно, то он, скорее всего, будет вообще отрицать присутствие патологии - такой синдром часто наблюдается у больных туберкулезом, онкологией. Даже находясь в тяжелом состоянии и не вставая с кровати, они уверяют всех (и себя, в том числе), что скоро встанут и начнут жить в привычном режиме. Нередко рассматриваемые психогенные реакции сопровождаются панической атакой, и в таком случае отрицание или, наоборот, слишком тяжелое восприятие болезни может обернуться психическим расстройством. В любом случае, если вышеуказанные симптомы явно прослеживаются у родственника или знакомого, то стоит с ним обратиться к специалистам для коррекции состояния.

Система «схема тела» и ее роль в создании внутренней картины болезни. Основы учения о схеме тела были заложены в начале XX в. Г. Хидом и К. Холмсом (1911) и в дальнейшем получили развитие в трудах невропатологов, психиатров и психологов (М.О. Гуревич, А.С. Шмарьян, М. Кричтли, К. Гольдштайн).

Схема тела - это психическая структура, в которой отражена конструкция собственного тела человека. Только благодаря ее наличию возможна успешная координация движений различных частей тела человека. По мнению Л.П. Гримака, «моделируя внешний мир, мозг человека одновременно отражает и образ (схему) его собственного тела». В результате сложной автоматической работы всех звеньев системы «схемы тела» формируется *образ тела* в данный момент времени (динамический образ), который сличается с эталоном, хранящимся в долгосрочной памяти (статический образ). В результате их постоянного сличения образуются оперативные образы тела (будущего) (В.М Смирнов, А.П. Шандурина, Т.Н. Резникова).

Важнейшая функция системы «схема тела» - формирование информационных образов мира: статических, динамических и оперативных, момент соотнесения которых друг с другом создает условия, обеспечивающие переживание психосоматического единства - единства личности и организма. Не менее важная функция системы - участие в механизмах мозга, осуществляющих ориентацию организма в пространстве и пространственную организацию движений тела (В.М. Смирнов, А. Н. Шандурина, С. Фишер, Г. Джон и др.). По мнению Т.Н. Резниковой, схема тела есть «система обобщенных представлений и понятий человека о собственном теле в покое и при движении в пространственных координатах и взаимоотношении отдельных частей тела, а также гностический аппарат, т.е. один из способов познания себя и окружающего».

Следует отметить, что психологический образ «схемы тела» динамичен в силу его тесной взаимосвязи с социальными установками и ожиданиями.

Тема 3.4. Деонтология. Особенности взаимоотношений «врач (психолог) – персонал - больной». Ятрогения.

Термин «деонтология» (от греч. deonthos – должный) для обозначения учения о должном поведении, поступках, образе действий. С формированием деонтологии этика из морали добродетельного поведения стала моралью нормы, поскольку норма фиксирует должное в определенных максимах, правилах. Так в истории этики был совершен еще один шаг от морали отдельных нравственных качеств к морали, опирающейся на закон. На основании представлений о должном складываются требования к поведению и действиям, которые в отношении специалиста выступают как его профессиональный долг и обязанности. В понятие профессионального долга всегда входят не только функциональные обязанности представителей той или иной профессии, но и ответственность этих людей перед коллегами, перед профессией как таковой, перед обществом. Если этика раскрывает сущность профессионального долга, то деонтология выявляет специфику его реализации в конкретных видах взаимоотношений. Именно в деонтологии, поэтому, так ярко выражена сопряженность моральных и профессиональных компонентов в поведении и действиях специалиста. Долг - одна из важнейших категорий как общей, так и профессиональной этики, поскольку она выражает общественные и профессиональные связи специалиста и представляет собой совокупность его обязанностей перед государством, обществом, коллегами, профессией, клиентами, перед собой и ответственность перед ними. В категории «долг» наиболее ярко проявляется социальный характер деятельности социального работника и нормативный характер профессиональной этики. Специфическое содержание и основные черты долга сотрудника определяются тем, что он занят конкретной специфической деятельностью по решению проблем социальных групп и отдельных индивидов, и вытекают из содержания его профессиональной деятельности. Чувство долга побуждает работника соизмерять все свои поступки, действия и отношения в конкретных ситуациях с требованиями и нормами профессиональной морали. Деятельность работника сопряжена с высокой степенью самостоятельности и моральной ответственности, представляющей собой сознательное отношение к профессиональному долгу. Ответственность в свою очередь не является отвлеченным понятием, она неотделима от творчества и самостоятельности, внимания к людям, окружающим социального работника в его повседневной практической деятельности. В этих случаях понятие профессионального долга вмещает в обязанность специалисту быть способным предвидеть последствия своей деятельности, особенно негативные последствия, - в соответствии с известным принципом «*primum non nocere*» - «прежде всего, не навреди», приписываемом Гиппократу. Деонтология является одной из основ

профессиональной деятельности медицинских работников, учителей, психологов и представителей других профессий, объектом деятельности которых является человек, а профессиональные действия непосредственно связаны и направлены на достижение физического, психического и социального здоровья и благополучия человека, его социального окружения и общества. Учение о долге является центральным звеном системы профессиональной этики. Профессиональная деонтология представляет собой учение о долге и обязанностях представителя профессии перед обществом и государством, перед своей профессией, перед коллегами и перед людьми, на которых направлена деятельность. Деонтология – это комплекс профессиональных, правовых и морально-этических правил, составляющих понятие профессионального долга работника. Деонтология – это комплекс норм, установлений и предписаний о долге и профессиональных обязанностях, ответственности работника (трудового коллектива учреждения социальной защиты) перед обществом и государством, перед социальной работой как профессией и социальным институтом, перед коллегами и перед клиентом социальной службы.

Таким образом, профессиональный долг специалиста – это те требования, которые общество, профессия, коллектив, клиенты и он сам предъявляют к поведению и действиям, и то, в чем он сам испытывает потребность и за что несет ответственность. Долг выступает перед специалистом в виде обязанностей, соблюдение которых становится его внутренней нравственной потребностью. Содержание профессионального долга работника представляет собой совокупность правовых, моральных требований, предъявляемых к нему его профессией. Руководствуясь в своем поведении и деятельности профессиональным и моральным долгом, социальный работник учитывает и юридические, и профессиональные требования, установленные для него обществом, принимает во внимание возможную реакцию со стороны общества, профессиональной группы и клиента на выполнение или невыполнение им своего долга. Вместе с тем он поступает: - свободно, поскольку принятая обществом система морально-нравственных нормативов не является универсальной и из всего многообразия норм, которые имеют место в обществе, - от групповых до общественных – специалист может выбирать те, которые в наибольшей степени отвечают его внутренним устремлениям и представлениям о добре и благе; - сознательно, так как решение поступить так или иначе принято им самостоятельно или в результате консультаций с коллегами и клиентом в силу осознанной, ситуативно обусловленной необходимости, путем выбора из значительного количества вариантов возможных решений; - добровольно, поскольку чувство долга стало убеждением и доминирующим мотивом деятельности, и именно это обстоятельство определяет поведение и деятельность специалиста в повседневной практике.

Осознание своего профессионального долга означает: - высокий профессионально-квалификационный уровень как гарант качества работы; - четкое знание своих профессиональных обязанностей, добросовестное и неукоснительное их выполнение; - профессиональную деятельность строго в рамках нормативно-правовой базы; - глубокую убежденность в необходимости выполнения своих профессиональных обязанностей, поскольку этого требуют интересы общества, коллектива учреждения социальной защиты и клиента; - сознательное и активное участие в профессиональной деятельности с целью достижения блага общества, трудового коллектива и клиента; - заинтересованность в повышении эффективности работы своего коллектива и своей индивидуальной работы; - высокую организованность и сознательную дисциплину, привычку к должному поведению; - наличие волевых качеств, необходимых для выполнения своего профессионального долга; - стремление постоянно совершенствоваться в профессии, осваивать новые знания, приобретать опыт практической деятельности.

Деонтология включает в себя определенные принципы: - личной ответственности за порученное дело, как в правовом, так и в моральном отношениях; - компетентности специалиста; - рационального подхода к решению поставленных задач; - соответствия полномочий и ответственности; - правовой регламентации деятельности; - подотчетности; - инициативы и творческого подхода; - организованности и дисциплины; - контроля и проверки исполнения; - критического подхода к оценке деятельности, возможностей своих и клиента; - доверия и свободы действия; - поощрения и наказания и другие.

Ятрогении.

В 20-х годах 20 века психиатр Блейлер из Швейцарии отметил, что различные виды ненадлежащего мышления имеют место при обследовании пациента, а также при выявлении ранних клинических признаков заболевания, когда человек обеспокоен своим состоянием и склонен неправильно истолковывать изменяющееся самочувствие. Этому способствуют недоверие

пациенту к медперсоналу, страхи и т. д. Такие воздействия самовнушения называются эгогениями. Блейлер применял понятие «ятрогенный» для описания подобных явлений. Через несколько лет психиатр Бумке описал случаи отрицательного воздействия медиков на психику пациентов и закрепил за таким нарушением термин «ятрогения». Для того чтобы раскрыть понятие «ятрогения», следует рассмотреть термин «ятропатогения», который встречается в зарубежных источниках. Так, например, Боухал и Конечный трактуют это явление как лечебно-диагностический метод, в результате которого медработник наносит пациенту вред. В связи с этим также употребляется термин «соррогения» – вред, нанесенный медсестрами.

О ятрогенных расстройствах. Ятрогенное расстройство – неблагоприятное видоизменение психики, связанное с внушающими воздействиями медработников на пациентов, из-за чего у последних развиваются неврозы, психологические травмы и т. д. Можно дать еще одно определение ятрогении – это болезнь, спровоцированная волнениями пациента вследствие отрицательного воздействия слов и действий медработника. В широком смысле ятрогения относится к психогениям, т. е. психогенным путям развития психического заболевания. Физиологически этот процесс происходит на высшем нервном уровне. Йорес в своих работах пишет о том, что доктор должен осторожно и крайне продуманно подбирать слова. Бехтерев подчеркивает, что у пациентов «эмоции ожидания» способствуют появлению новых условных рефлексов. Пациент пребывает в состоянии эмоциональной раздвоенности и неопределенности: чувства надежды в нем перемежаются со страхом и неуверенностью. От окружающей обстановки во многом зависит то, какой из этих элементов перевесит. Поэтому ятрогенное нарушение можно сравнить с отрицательной терапией: медработник действует как яд, а не как лекарство. От страха и неуверенности не способны защитить даже имеющиеся знания в области медицины. В то же время реальное восприятие даже тяжелой болезни у информированного и психически устойчивого пациента позволяет ему перенести недуг более спокойно, переключиться на какую-нибудь деятельность в меру своих возможностей.

Источники сбоя.

В медицинской практике среди основных источников ятрогений выделяют: 1) *отдельные обстоятельства*: неверно проведенная санитарно-просветительская работа может стать причиной коллективной психической ятрогении; 2) *личность медработников*. Сюда относятся категоричные суждения, завышенная самооценка. О таких специалистах говорят «всезнающий врач». Они легко внушают пациентам свою точку зрения и взгляды; 3) *личность пациента*. Чрезмерно мнительные, ипохондрически настроенные, боязливые, ранимые люди больше других подвержены ятрогенным заболеваниям. В некоторых случаях личность настолько выражена, что при т. н. ятрогенном воздействии вины медработника может и не быть. Например, пациент сам додумывает за врача, искажает его выражения, вырывает слова из контекста; 4) Существуют и другие причины. Нарушение часто возникает из-за *неосторожного комментирования медработником особенностей болезни пациента*. Врачи должны следить не только за своими высказываниями, но даже мимикой и жестами.

Яркий вид ятрогении – кардиофобия. Явление наблюдается у людей, склонных к психоневротическим реакциям. Отклонения может развиться, например, после того, как врач скорой помощи порекомендовал сердечнику строгий постельный режим. С одной стороны врач в этой ситуации не хочет допускать серьезных сердечнососудистых осложнений, а с другой пациент заостряет внимание на словах и действиях медработника.

Известны случаи, когда в ятрогенных нарушениях виноват средний медперсонал. Харди описал такие ошибки термином «соррогения».

Ятропатия, как сопутствующее расстройство. Ятропатия – негативное воздействие на больного вследствие неверных действий или назначений врача или же необоснованного применения инструментальных и лабораторных исследований в ущерб здоровью человека. Следует отметить тесную взаимосвязь между ятропатией и ятрогенией. Психические изменения, которые возникают ятрогенным путем, медработники часто трактуют как эпилепсию, астму, гастропатию или пограничные формы нервно-психических нарушений. Лечение таких «заболеваний» может вызвать обратный эффект. Неправильно поставленный диагноз может породить ятрогению, а дальнейшая терапия, основанная на неверном диагнозе, вызывает у пациента ятропатию. Позже, если врач не заметил своей ошибки, создается очень неблагоприятный для пациента порочный круг. Создается все более усиливающийся негативный эффект такого «лечения», вследствие воздействия тандема «ятрогения-ятропатия». Следует отметить, что возникновение новых лабораторных методов исследования и создание

инновационных способов диагностики определенно являются важным достижением в медицине. Однако злоупотребление ими в ущерб врачебному обследованию пациента не допускается. Из-за увеличения количества диагностических вспомогательных методов медицинская наука может превратиться в руках отдельных специалистов в лабораторную науку. Независимо от того, проводит ли неправильно операцию хирург, не принимая во внимание всех «за» и «против» радикальной курации, лечит ли врач своего пациента фармацевтическим средством даже в обычной дозе – во всех перечисленных случаях в ухудшении состояния пациента или возникновении новой болезни фактически виноват медработник.

Классификация ятропатий: 1) *нарушение травматической этиологии*: травмирование ребенка во время родовой деятельности, последствия неправильно проведенного хирургического вмешательства, люмбальной пункции, анестезии, последствия нарушения техники выполнения других инвазивных вмешательств и т. д.; 2) *заболевание интоксикационной этиологии*. Сюда относят неверно выбранный лекарственный препарат и нарушение его дозировки, осложнения, появляющиеся из-за не установленной врачом предрасположенности пациента к аллергии на то или иное токсическое (лекарственное) вещество, введение в организм ненужного для терапии лекарственного средства. К этой группе также можно отнести последствия для граждан непродуманного, массового применения фармакологических средств в целях самолечения, недооценку негативных влияний токсического агента на организм, загрязнение органов и систем организма разнообразными и беспорядочно принимаемыми лекарствами; 3) *сбои инфекционной этиологии*. Сюда относятся негативные последствия после использования вакцин, а также многообразные осложнения, развивающиеся вследствие этого по вине медработников; 4) *ятропатии организационной этиологии*. Они появляются из-за нерациональной организации диагностических мероприятий, лечения и ухода за пациентами.

Анализ ошибок в системе здравоохранения является неотъемлемым условием для профилактики ятрогений и ятропатий. Если у какого-либо медработника число ошибок растет, важно, чтобы руководитель проанализировал возможные психоэмоциональные причины такой ситуации.

Тема 3.5. Особенности рентного и установочного поведения больного человека

Всякая психодиагностическая работа, проводимая психологом для установления психологического диагноза, носит социально-ориентированный характер. В процессе реализации основных направлений деятельности между психологом и пациентом возникает ряд отношений, регламентированных: 1) должностными инструкциями психолога: профессиональными знаниями, законными и подзаконными базами; 2) пациентом: личностно-ориентированный характер, индивидуальный подход к особенностям личности, системе его отношений и взаимодействий, интеллектуальном потенциале и его стремлении решить проблему. Эти отношения являются посылкой, при которой может формироваться установочный характер. Выявляются следующие механизмы поведения пациента, проявляющиеся при проведении диагностической работы: *рентное* поведение, мотивация, установки и установочное поведение. *Рентное* поведение - осознанное, целенаправленное стремление освидетельствуемого получить юридически необоснованные материальные, социальные или психологические преимущества. *Установочное* поведение — осознанное, целенаправленное стремление освидетельствуемого представить симптомы несуществующего заболевания (симуляция, метасимуляция, суперсимуляция), утяжелить симптомы имеющегося заболевания (агравация), предъявить симптомы, утяжеляющие общее состояние организма (поиск симптомов), или скрыть существенную симптоматику болезни (диссимуляция). *Тактика психолога при выявлении симуляции.*

Тема 3.6. Особенности течения болезни и клинические проявления:

- в клинике внутренних болезней;
- в хирургии;
- у больных с дефектами тела, органов чувств, аномалиями развития;
- в акушерстве;
- в педиатрии;
- в картине психических заболеваний;
- возрастные особенности.

Возрастные особенности внутренней картины болезни. Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, 1980). При оценке субъективной стороны заболеваний детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия «болезнь» часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни. В пожилом возрасте заболевания переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов - возмущение старостью, существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощность и материальные затруднения. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека.

Остальные составляющие – для самостоятельного рассмотрения.

Раздел 4. Патопсихология. Нарушение сознания, психических процессов и индивидуальных особенностей личности

Тема 4.1. Патопсихология познавательных процессов:

- нарушение восприятия;
- нарушение внимания;
- нарушение памяти;
- нарушение мышления.

Человек обладает целым рядом уникальных функций: способностью мыслить, понимать и воспроизводить речь, запоминать информацию, воспринимать окружающую действительность и даже фантазировать. Подобные *психические процессы* в медицине принято называть высшими, а деятельность их обеспечивается развитой корой головного мозга. Вследствие различных внешних и внутренних факторов могут возникать нарушения памяти, мышления и прочих психических функций человека. В основе развития разнообразных клинических синдромов лежит функциональное отличие полушарий острыми, так и хроническими, временными и постоянными, но всегда требуют диагностики и лечения. головного мозга, при поражении которых как раз и возникают психические расстройства. *Расстройства памяти и внимания. Расстройства восприятия и воображения.*

Тема 4.2. Патопсихология сознания, личности, эмоционально-волевой и психомоторной сфер:

- нарушение сознания;
- нарушения личности;
- нарушения и акцентуации характера;
- нарушения волевой сферы;
- нарушения эмоциональной сферы;
- психомоторные расстройства личности.

Расстройства сознания. Нарушения сознания могут проявляться в его снижении, а также помрачении или изменении. Патологическими считаются следующие виды измененного сознания: большие и малые судорожные припадки, истерия, дисфория (приступы измененного настроения). Все эти формы нарушения сознания требуют тщательной диагностики у психолога и психиатра. Для *деперсонализации* характерны «ненастоящие чувства», то есть идущие не из глубины «Я». Неясный, смутный мир, недействительный и призрачный. Человек и вещи представляются как фантомы, как будто туман перед глазами. Мир представляется

измененным, мертвым и пустым, тeneвидным. Есть аналогия с «безындивидуальным состоянием» во время гипноза, точно на самом деле осуществляется «психология без души».

Расстройства личности и характера. Диссоциация. Процесс дезинтеграции человека и раздвоение личности с особенной наглядностью выступает в феноменах раздвоения личности и деперсонализации, научно изученных и клинически проверенных. Неблагоприятные условия социального плана способствуют формированию *патологического характера*, то есть патохарактерологическому развитию личности. У таких лиц наблюдается определенный дефицит тормозного процесса и преобладает повышенная возбудимость.

Расстройства эмоциональной сферы. Психология рассматривает человеческие эмоции в качестве субъективных реакций на раздражители различного характера. О нарушениях эмоциональной сферы говорят, когда на воздействие незначительных раздражителей у человека возникает чрезмерная, патологическая реакция. Как правило, провоцируют подобные расстройства органические поражения головного мозга, психопатии и прочие заболевания.

Расстройства волевой сферы.

1. *Виды нарушений воли.*

1) *Гипобулия (снижение волевой активности).* Понижение волевой активности может проявляться при различных психических заболеваниях, особенно при шизофрении и ступорных состояниях различного генеза. **Кататонический ступор** развивается внезапно, без видимых причин, иногда вслед за кататоническим возбуждением или после субступорного состояния. Кататонический ступор может прерываться приступами импульсивного возбуждения. Он может длиться несколько месяцев, а в неблагоприятных случаях и несколько лет. **Депрессивный (меланхолический) ступор** выражается в обездвиженности вплоть до оцепенения на фоне тяжелой депрессии. В отличие от кататонического, на лице отмечается откровенная маска страдания, никогда не бывает негативизма, мутизма и восковой гибкости. **Апатический ступор.** Это обездвиженность, обусловленная полным отсутствием у больного каких-либо интересов или желаний. Больной с апатическим ступором производит впечатление «трупа» с открытыми глазами. **Психогенный ступор** развивается после выраженной психической травмы и проявляется в двигательном оцепенении с аффектом недоумения и трагичности на лице. Как правило, длится недолго, проходит после разрешения психотравмирующей ситуации. Время психогенного ступора обычно амнезируется. Истерический ступор может длиться неделями, месяцами и проходит бесследно после того, как больному становится известно, что угрожающая ему опасность миновала. **Галлюцинаторный ступор** развивается в тех случаях, когда яркие захватывающие галлюцинации целиком поглощают внимание больного. Отмечается двигательная заторможенность, доходящая до полного оцепенения. На лице обычно застывшее выражение ужаса. Состояния галлюцинаторного ступора хотя и кратковременны, но склонны к повторению, чаще отмечаются при инфекционных психозах.

2) *Гипербулия (повышение волевой активности).* Повышение волевых импульсов, повышенная активность часто наблюдается при маниакальных, паранойяльных состояниях и сверхценных идеях. Однако продуктивность этой деятельности чрезвычайно мала из-за повышенной отвлекаемости и неспособности довести дело до конца (маниакальное состояние) или крайней односторонности и парциальной избирательности (паранойяльные и сверхценные идеи).

3) *Парабулия (извращение волевой активности).* Это извращение волевой активности особенно отчетливо проявляется в кататоническом возбуждении. Парабулия выражается в хаотичных, стереотипных, бессмысленных движениях, совершаемых в ограниченном пространстве и сочетающихся либо с мутизмом (немое возбуждение), либо со стереотипичными выкрикиваниями отдельных слов (вербигерация); кроме того, отчетливо выявляется импульсивность действий, моментальность совершения какого-либо агрессивного действия. Например, больной кататонией, находившийся в эмбриональной позе, мгновенно вскакивает, наносит мощный удар в челюсть санитару и тут же ложится в прежнюю позу. **Гебефренический синдром** (Геба - богиня утренней зари) проявляется в нелепом, дурашливом поведении с гримасничаньем, клоунадой, пустым, незаражающим весельем. Больные постоянно кривляются, стоят рожи, показывают язык, мяукают, хрюкают, принимают циничные, непристойные позы. Речь ускорена, с обилием неологизмов, ходят больные вычурной походкой, подпрыгивая или подталкивая ноги. На приветствия не отвечают или протягивают

вместо руки ногу и начинают цинично браниться, при этом тривиальный мат расцветается неологизмами при повышенном настроении.

2. Клинический феномен патологии волевой сферы. Типология волевых расстройств.

Клиническая психопатология относит все проявления психических расстройств к трем группам в соответствии с отделами рефлекторной дуги: поражения рецепторного отдела, поражения интрапсихической области, нарушения эффекторного звена. Тогда, исходя из концепций воли, волевые расстройства будут распределены между второй и третьей группами. В группу интрапсихических расстройств неизбежно попадут расстройство сознания свободы воли, нарушения преднамеренной регуляции психических процессов, в том числе - мышления, эмоций, навязчивые явления и др. К нарушениям эффекторного звена будут отнесены расстройства побуждений, в том числе - ступорозные состояния, патология влечений, в том числе - парафилии, импульсивные влечения и импульсивные действия и др.

Таким образом, спектр расстройств, объединенных нарушением волевых функций, очень широк. В психиатрии существует и противоположная тенденция - сужать круг волевых расстройств. М. О. Гуревич, относивший волевые расстройства к патологии эффекторного звена, выделял следующие их формы: расстройства влечений, расстройства воли, расстройства действий. В виде частных форм он рассматривал понижение волевой активности (абулию), повышение волевой активности (гипербулию), извращение волевых функций и действий, в т.ч. кататонию, и частично - расстройства внимания.

Представляется возможным объединить волевые расстройства в следующие основные группы. Группа 1. Расстройство волевых действий. Группа 2. Расстройство сознательного преодоления препятствий на пути к цели. Группа 3. Расстройство преодоления конфликта. Группа 4. Расстройство преднамеренной регуляции. Группа 5. Расстройство, сопровождающееся формированием автоматизмов и навязчивостей. Группа 6. Расстройство мотивов и влечений

Раздел 5. Психогении и экзогенно-органические психические расстройства

Тема 5.1. Неврозы

Неврозы. Группа «пограничных» функциональных нервно-психических расстройств, проявляющихся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. В этиологии неврозов определенную роль играют факторы биологические (наследственность и конституция, длительные соматические заболевания); социально-психологические факторы (неблагоприятные семейные обстоятельства, неправильное воспитание и т.д.); психологические факторы (преморбидные особенности личности, психические травмы и т.п.). Характерно сочетание нарушений высшей нервной деятельности и соматовегетативные расстройства с субъективными переживаниями, такими, как повышенная тревожность, чувство неполноценности, переживаниями, связанными с конфликтной психотравмирующей ситуацией. **Неврастения.** «Нервная слабость». Вид невроза (астенический невроз) проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощением.

Психастения. Невроз навязчивых состояний. Проявляется в стойких тревожных мыслях, страхах, нерешительности. Внутренние фрустрационные конфликты и противоречия обуславливают возникновение психастении. Для психастенического симптомо-комплекса

Истерия. Патологическое состояние психики человека, характеризующееся повышенной внушаемостью, слабостью сознательной регуляции поведения. Для истерии характерно несоответствие между малой глубиной переживаний и яркостью их внешних выражений, таких как: громкие крики, плач, мнимые обмороки, выразительные жесты по поводу незначительных, в действительности маловолнующих истерика событий. Типичные проявления истерии - стремление любым способом привлечь к себе внимание, театральность поведения, «игра в переживания». Связь истерии с эмотивной жизнью сильнее, чем при неврастении, и ведет больных к эмотивному шоку. Для истерии характерно понижение интеллектуальной сферы с повышением тимизма и эпитимизма (функций раздражительной и вожденной сферы). В духовной сфере характерны страсти тщеславия, самовлюбленность.

Ипохондрия. Состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями, например, канцерофобия, кардиофобия и т.д. При ипохондрии

человек переоценивает тяжесть менее серьезного заболевания или убежден, что он страдает тяжелым недугом. В соответствии со степенью выраженности проявлений - от мнительности до бредовой убежденности, выделяют такие виды ипохондрии, как обсессивная, депрессивная и бредовая. Тяжелые случаи ипохондрии связаны с общим, философским пессимизмом. Ипохондрик видит все в черном свете и считает себя жертвой зла и несправедливости в мире. Различные «фобии», психическим субстратом которых является чувство страха, дополняют картину ипохондрии. Ипохондрия как симптом, а не отдельная болезнь, примыкает, с одной стороны, к неврастении, а с другой - к истерии. Кроме чувства страха, для ипохондрии характерно ослабление жизненного тонуса.

Тема 5.2. Реактивные психозы

Психозы. Глубокое расстройство психики, проявляющееся в нарушении отражения реального мира, возможности его познания, изменении поведения и отношения к окружающему. Проявления психоза могут сопровождаться бредом, помрачением сознания, грубыми нарушениями памяти, мышления, изменениями эмоциональной сферы, бессмысленными и бесконтрольными поступками и пр. Психозы могут возникать вследствие первичного поражения головного мозга и вторичного его поражения в результате инфекций, отравлений, внутренних болезней, могут являться следствием конституциональной и наследственной предрасположенности. Развитие психоза возможно и после психической травмы, психогенные психозы. Утверждение И.П. Павлова, что психозы суть лишь углубленные неврозы, справедливо. При неврозах налицо психические аномалии, и потому иногда их называют психоневрозами. При психозах наблюдается более сильное снижение активности, сужение интеллектуального горизонта до минимума, фиксация привычных реакций, повышение аффективной раздражительности вплоть до мании. Вегетативные расстройства при них выражены еще сильнее. Легкими формами психозов считают шизотимию и циклотимию, соответствующие интровертированному и экстравертированному типу. Шизотимик груб, замкнут и угрюм, а циклотимик общителен. В основе психозов лежит, по Хасковцу, повреждение центра сознания, которое составляет часть мирового сознания. Дело не только в органических повреждениях или функциональном расстройстве высших центров, но и в психосоматических явлениях, аномалиях самого духа.

Реактивный психоз – кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную психотравмирующую ситуацию. Клинические проявления могут сильно различаться, характерны нарушения восприятия мира, неадекватность поведения, развитие психоза на фоне острого стресса, отражение стресса в картине психического расстройства и завершение психоза после исчезновения травмирующих обстоятельств. Симптомы реактивного психоза обычно появляются вскоре после психической травмы и сохраняются от нескольких часов до нескольких месяцев. Диагноз выставляется на основании анамнеза и клинических проявлений. Лечение – фармакотерапия, после выхода из психотического состояния – психотерапия. Реактивный психоз (психогения) – острое психическое расстройство, возникающее при выраженном стрессе, характеризующееся нарушением мировосприятия и дезорганизацией поведения. Является временным, полностью обратимым состоянием. Реактивный психоз имеет сходство с другими психозами, однако отличается от них большей вариативностью клинической картины, изменчивостью симптоматики и высокой аффективной насыщенностью. Еще одной особенностью реактивного психоза является зависимость течения болезни от разрешения психотравмирующей ситуации. При сохранении неблагоприятных обстоятельств отмечается склонность к затяжному течению, при устранении стресса обычно наблюдается быстрое выздоровление. Лечение реактивных психозов осуществляют специалисты в области психиатрии.

Причины и классификация реактивных психозов.

Причиной развития психогении обычно становится ситуация, представляющая угрозу для жизни больного и его благополучия либо имеющая особую значимость по каким-то причинам, связанным с убеждениями, особенностями характера и условиями жизни пациента. Реактивные психозы могут возникать при авариях, стихийных бедствиях, военных действиях, утратах, банкротстве, угрозе судебной ответственности и других подобных обстоятельствах. Выраженность и особенности течения реактивного психоза зависят от личностной значимости психотравмирующей ситуации, а также от особенностей характера пациента и его

психологической конституции. Подобные состояния чаще диагностируются у больных с истерической психопатией, параноидной психопатией, пограничным расстройством личности и другими подобными расстройствами. Вероятность развития реактивного психоза увеличивается после черепно-мозговых травм, психического или физического переутомления, бессонницы, продолжительного приема алкоголя, тяжелых инфекционных и соматических заболеваний. Особенно опасными периодами жизни являются пубертатный и климактерический период.

Различают две больших группы реактивных психозов: затяжные психозы и острые реактивные состояния. Продолжительность острых реактивных состояний колеблется от нескольких минут до нескольких суток, продолжительность затяжных реактивных психозов – от нескольких суток до нескольких месяцев. К острым реактивным состояниям относят реактивный ступор (аффектогенный ступор) и реактивное возбуждение (фугиформную реакцию). В число затяжных психозов включают истерические реактивные психозы, реактивный паранойд и реактивную депрессию.

Диагностика и лечение реактивных психозов. Диагноз выставляют на основании истории болезни (наличие травмирующего события), характерных симптомов и связи между симптомами и психотравмирующей ситуацией.

Тема 5.3. Психопатии

Психопатия — болезненное уродство характера (при сохранении интеллекта человека), в результате которого резко нарушаются взаимоотношения с окружающими людьми, вплоть до социальной опасности для окружающих. При психопатиях характерным является склонность к странному и необычному поведению, к резким изменениям настроения без соответствующих к тому причин, что приводит к нарушению контакта психопатической личности с другими людьми и препятствует нормальной деятельности. Это накладывает отпечаток на всю жизнь психопата. О.В. Кербиков предложил психопатов разграничить на две группы: возбудимые и тормозные.

Основной болезненный процесс нередко обостряет *характерологические особенности*. Такие больные повышено требовательны, капризны, эмоционально не сдержаны, грубят персоналу, допускают нарушения режима. Тактика персонала при общении с такими лицами должна быть сугубо индивидуальной. Для *нормализации отношений* достаточно бывает психотерапевтической беседы медицинской сестры, иногда целесообразно попросить врача, чтобы он побеседовал с таким больным. При выраженных декомпенсациях состояния необходимы консультация психиатра, назначение медикаментозных средств. *Акцентуированные личности* режима, как правило, не нарушают, однако на фоне основного заболевания у них могут развиваться повышенная эмоциональная лабильность, обостриться навязчивые или ипохондрические переживания, которые также требуют внимания медицинского персонала.

Тема 5.4. Алкоголизм и алкогольные психозы

Алкоголизм – заболевание, возникающее при систематическом злоупотреблении алкоголем, характеризуется психической зависимостью в опьянении, соматическими и неврологическими нарушениями, деградацией личности. Заболевание может прогрессировать и при воздержании от спиртного.

Стадии алкоголизма. *Первая стадия алкоголизма.* Для первой стадии заболевания характерно нарастание доз и частота приема алкоголя. Возникает синдром измененной реактивности, при котором изменяется переносимость спиртного. Исчезают защитные реакции организма от передозировки, в частности отсутствует рвота при употреблении больших доз алкоголя. *Вторая стадия.* Алкоголизм второй стадии имеет период прогрессирования от 5 до 15 лет и характеризуется усилением синдрома измененной реактивности. Переносимость алкоголя достигает максимума, возникают так называемые псевдозапой, их периодичность связана не с попытками больного избавиться от пристрастия к спиртному, а с внешними обстоятельствами, к примеру, отсутствием денег и невозможностью достать спиртное. *Третья стадия.* Алкоголизм третьей стадии значительно отличается от двух предыдущих,

длительность этой стадии 5-10 лет. Это конечная стадия заболевания и как показывает практика, чаще всего она заканчивается летально. Снижается переносимость алкоголя, опьянение наступает после маленьких доз спиртного. Запой заканчиваются физическим и психологическим истощением.

Диагностика алкоголизма. Диагноз алкоголизм можно заподозрить по внешнему облику и поведению человека. Больные выглядят старше своих лет, с годами лицо становится гиперемированным, теряется тургор кожи. Лицо приобретает особый вид волевой распушенности, из-за расслабленности круговой мышцы рта. Во многих случаях наблюдается нечистоплотность, небрежность в одежде. *Лечение алкоголизма.* В большинстве случаев после лечения может случаться рецидив. Это связано с тем, что лечение зачастую направлено только на устранение самых острых проявлений алкоголизма. Без правильно проведенной психотерапии, отсутствии поддержки со стороны близких людей, алкоголизм рецидивирует. Но как показывает практика, именно психотерапия является важным компонентом лечения.

Профилактика алкоголизма.

Тема 5.5. Психические расстройства при интоксикациях:

- наркомания;
- токсикомания;
- интоксикации при отравлении лекарственными, пищевыми, промышленными и другими ядами.

Наркомания. Определение. Употребление психотропных веществ приводит к развитию толерантности: организм становится все более устойчивым к их воздействию, и для достижения желаемого эффекта требуются все большие дозы, однако передозировка часто приводит к смерти. Наркомания, а точнее - разные формы употребления психоактивных веществ, признается медиками всех стран как самостоятельное психическое заболевание. Распространение в мире. Формы зависимости: физическая и психическая. Классификация по виду наркотического вещества. Этапы развития наркомании: знакомство; прекращение; «розовый» период; время отрицания. Наркотическая зависимость формируется со временем, когда человек подсаживается на регулярный прием психоактивных веществ. Обычно наркомания и тяга к наркотикам развиваются по одному сценарию, проходя последовательно четыре основных этапа, на каждом из которых, зная симптомы, можно поставить диагноз. Мозг не контролирует тело и действия. Эффективное лечение наркомании возможно только на начальных этапах, если близкие вовремя заметили проблему и уделили ей должное внимание, человека можно спасти. Наркомания сейчас считается излечимой, главное – не запустить ее до последней стадии.

Токсикомания. Токсикомания – это злоупотребление различными химическими, биологическими и лечебными препаратами, не входящими в перечень наркотических. К таким веществам относятся лак, топливо, клей, ацетон и другие химические, биологические и лекарственные средства. Вдыхание токсических веществ вызывает расстройство соматических и психических функций организма. Токсикомания вызывает перемену личности и способствует развитию стойкой физической и психической зависимости человека. *Разница между наркоманией и токсикоманией заключается только в социально-юридическом факторе, в симптоматике заболеваний разницы с медицинской точки зрения нет.* Происходят идентичные расстройства центральной и периферической нервной системы, перемена личности, появляются проблемы в социальной жизни пациента. Химические вещества по влиянию их на психику человека можно разделить на *четыре основные группы*: аэрозоли; газы; натриты; летучие растворители.

Классификация токсикомании. Виды токсикомании различаются в зависимости от вдыхаемого средства. Классифицировать заболевание можно по следующим группам: злоупотребление снотворными и любыми препаратами, оказывающими успокаивающее действие на организм; зависимость от веществ, стимулирующих работу ЦНС - кофе, энергетиков и всех препаратов, придающих организму бодрости, улучшающих настроение и общее состояние; *зависимость от холинолитиков* - эти вещества, попадая в организм, вызывают блокировку естественного медиатора ацетилхолина. Прием веществ обеспечивает эйфорию и ощущение приподнятости настроения у пациентов; *зависимость от никотина.*

Токсикомания: *причины* заболевания. Главной причиной развития заболевания являются личностные характеристики, в частности: инфантильность; пассивность; демонстративность; зависимость; эмоциональная неустойчивость. Неумение спланировать собственный досуг, отсутствие интереса к учебе, неполноценные семьи, проблемы в воспитании детей – все эти причины способствуют ослаблению психики и качеств характера подростка, в результате чего и развивается токсикомания. *Профилактика.* В качестве профилактических мер от подростковой наркомании и токсикомании можно использовать только строгий контроль за общением и времяпрепровождением ребенка. Необходимо своевременно объяснить подростку об опасностях токсикомании, так как даже в благополучных семьях встречается эта проблема. Если у родителей появляются какие-либо подозрения насчет образа жизни ребенка, необходимо посетить наркологический диспансер. Обследование и общение со специалистами позволят вовремя выявить развивающуюся зависимость. Так как чем раньше эта проблема будет диагностирована, тем больше вероятность вылечить ребенка. Профилактика токсикомании позволяет уберечь ребенка от ошибок, за которыми последуют серьезные проблемы со здоровьем.

Раздел 6. Эндогенные и эндогенно органические патопсихологические синдромы

Психопатологические синдромы - это совокупности отдельных симптомов нарушения психической деятельности. Проявление определенных психопатологических синдромов зависит от возраста человека, особенностей его психического склада, стадии болезни и т.д. Сочетание психопатологических синдромов создает клиническую картину различных психических заболеваний. Однако каждое заболевание характеризуется определенной совокупностью и типичной последовательностью - сменой синдромов.

Аутизм. Крайняя форма психологического отчуждения, выражающаяся в уходе индивида от контактов с окружающей действительностью и погружение в мир собственных переживаний. Термин введен швейцарским психиатром Э. Блейлером. Аутизм есть та форма ментального расстройства, которая рассматривается как нарушение контакта с действительностью. Все неприятности, затруднения и несовершенства действительности компенсируются мечтательностью, то есть с помощью фантазии. Человек создает себе свой собственный мир, в котором все желания и стремления получают удовлетворение и осуществление. Аутизм есть проявление своеобразной, патологической интроверсии.

Тема 6.1. Патопсихологические синдромы шизофрении

Шизофрения является наследственно-конституциональным психическим заболеванием, характеризующимся рядом психопатологических симптомов и синдромов. К характерным проявлениям относят так называемые «симптомы первого ранга» Курта Шнайдера: комментирующие и императивные вербальные псевдогаллюцинации; чувство «изымания или «вкладывания» посторонними людьми мыслей в голову пациента; убежденность в том, что мысли пациента известны окружающим и передаются другими людьми как по радио; «вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей, бредовые идеи воздействия. Наряду с перечисленными симптомами, выявление которых существенно увеличивает вероятность диагностики шизофрении, наблюдается большое количество иных, затрагивающих патологию различных познавательных процессов. В первую очередь, при шизофрении страдает мыслительный процесс, восприятие, эмоционально-волевая сфера, тогда как расстройства памяти и интеллекта не являются типичными. *Сознание и самосознание.* При некоторых формах шизофрении типичными считаются нарушения самосознания. Нарушения же сознания в психиатрическом контексте проявляются лишь одной формой - онейроидным расстройством сознания.

Тема 6.2. Патопсихологические синдромы маниакально-депрессивного психоза

Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз) - это состояние, для которого характерны колебания настроения: фазы депрессии и фазы мании (приподнятое настроение). Раньше это состояние называли маниакально-депрессивный психоз. Биполярное

расстройство часто неправильно диагностируется, из-за чего откладывается начало эффективного лечения. Это может привести к серьезным нарушениям качества жизни человека, потере работы, социальных связей, а иногда и риском совершения суицида. Специалисты клиники Рехаб Фэмили имеют огромный опыт в диагностике и лечении биполярного расстройства. Установка диагноза биполярного расстройства требует высокой квалификации специалиста, при этом правильная диагностика чрезвычайно важна для определения тактики лечения, т.к. она имеет специфические особенности, назначения неправильного лечения может ухудшить состояние.

Тема 6.3. Патопсихологические синдромы эпилепсии

Эпилепсия - заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмами (судорожными, бессудорожными) и нарастающими изменениями личности. Именно психические нарушения в виде так называемых изменений личности представляют интерес для клинической психологии. Суть их заключается в нарушении различных сфер познавательной деятельности вплоть до эпилептической деменции. При этом основные симптомы затрагивают функционирование мыслительных процессов и эмоций. Расстройства внимания, памяти, восприятия и ощущений, хотя и являются частыми в клинической картине заболевания все же не считаются диагностически значимыми в плане оценки тяжести психических изменений.

Тема 6.4. Патопсихологические синдромы сенильных и пресенильных расстройств (органические психические расстройства позднего возраста)

Органические психические расстройства позднего возраста. В соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра к **органическим психическим расстройствам** причисляют деменции при атрофических процессах коры головного мозга - болезнях Альцгеймера, Пика, сосудистые деменции, а также психические расстройства различной степени выраженности. Наибольший интерес для клинической психологии представляют деменции, при которых обнаруживается достаточно большой набор нейропсихологических и патопсихологических симптомов. *Внимание.* В первую очередь при деменциях, возникающих как до так и после 65 лет, страдает активное внимание. Больные не могут сосредоточиваться на какой-либо деятельности, они рассеяны, быстро отвлекаются. Таким образом, страдает концентрация внимания, объем и распределение внимания. *Память.* Наиболее типичными для деменций считаются мнестические нарушения. Поданным В.М. Блейхера кривая запоминания носит характер плато - пациент называет после каждого повторения не более 2-3 слов из прочитанных 10. Ярким клиническим феноменом выступает фиксационная амнезия. При этом нарушения (снижение) памяти следует закону Рибо. *Мышление.* Типичным является снижение уровня обобщения. Наиболее частыми проявлениями являются расстройства речи. В зависимости от вида деменций речь нарушается по-разному. При болезни Пика типичными считаются так называемые стоячие обороты - стереотипно повторяемые больным слова, обрывки фраз (симптом граммафонной пластинки). При болезни Альцгеймера отмечается семантическая афазия.

Тема 6.5. Патопсихологические синдромы олигофрении.

Олигофрения – общее стойкое психическое недоразвитие, вызванное органическим поражением головного мозга во внутриутробном или постнатальном периодах. Проявляется снижением интеллекта, эмоциональными, волевыми, речевыми и двигательными нарушениями. Олигофрения является полиэтиологическим заболеванием, может развиваться вследствие неблагоприятных внутриутробных воздействий, генетических аномалий, ЧМТ и некоторых заболеваний. Диагностика и оценка степени олигофрении осуществляется с учетом специальных критериев. Для выявления причины развития олигофрении проводится всестороннее обследование. *Причины и классификация олигофрении.* Можно выделить несколько причин развития олигофрении: генетические; обусловленные поражением плода во внутриутробном периоде; связанные со значительной недоношенностью; возникшие в процессе родов; вызванные поражениями головного мозга (травматическими, инфекционными и пр.) и спровоцированные педагогической запущенностью. В некоторых случаях причину возникновения умственной отсталости определить не удается. Ранее традиционно различали

три степени олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотию. В настоящее время перечисленные названия исключены из Международной классификации болезней и не используются специалистами из-за стигматизирующего оттенка. Современные врачи и педагоги выделяют не три, а четыре степени олигофрении, и используют нейтральные обозначения, не имеющие негативной окраски. При легкой степени олигофрении коэффициент интеллекта составляет 50-69, при умеренной – 35-49, при тяжелой – 20-34, при глубокой – менее 20. Существуют также более сложные классификации олигофрении, учитывающие не только уровень интеллекта, но и выраженность других нарушений: расстройств эмоционально-волевой сферы, недоразвития речи, нарушений памяти, внимания и восприятия.

Симптомы олигофрении. Характерной особенностью олигофрении является всестороннее и всеобъемлющее поражение. Страдает не только интеллект, но и другие функции: речь, память, воля, эмоции, способность концентрировать внимание, воспринимать и перерабатывать информацию. В большинстве случаев наблюдаются двигательные нарушения различной степени выраженности. При многих заболеваниях, провоцирующих олигофрению, выявляются соматические и неврологические расстройства. Страдает образное мышление, способность к обобщениям и абстрагированию. Мышление больных с тяжелой олигофренией напоминает мышление детей младшего возраста. *Диагностика олигофрении.* Диагностика обычно не вызывает затруднений. Диагноз «олигофрения» выставляют на основании анамнеза (данные о задержке психического и физического развития), беседы с пациентом и результатов специальных исследований. В процессе беседы врач оценивает уровень речи больного олигофренией, его словарный запас, способность к обобщениям и абстрактному мышлению, уровень самооценки и критичности восприятия себя и окружающего мира. Для более точной оценки психических процессов применяют различные психологические тесты. В процессе исследования мышления пациента с олигофренией просят объяснить смысл метафор или пословиц, определить последовательность событий, изображенных на нескольких рисунках, сравнить несколько понятий и пр. Для оценки памяти пациенту предлагают запомнить несколько слов или пересказать короткую историю. Для определения причины развития олигофрении проводят всестороннее обследование. Перечень анализов и инструментальных исследований зависит от выявленных соматических, неврологических и психических нарушений. Больным олигофренией могут быть назначены МРТ головного мозга, ЭЭГ, исследования кариотипа, пробы на врожденный сифилис и токсоплазмоз и др. *Лечение и реабилитация при олигофрении.* Коррекция отставания психического развития возможна только при раннем выявлении ферментопатий. План лечения, мероприятий по реабилитации и адаптации составляют индивидуально, с учетом степени олигофрении, особенностей физического развития, наличия или отсутствия неврологических и соматических расстройств. *Прогноз* при олигофрении определяется степенью умственной отсталости, временем постановки диагноза и начала лечения. При своевременном лечении и реабилитации пациенты с легкой степенью олигофрении способны решать бытовые проблемы, осваивать несложные профессии и самостоятельно существовать в социуме. Иногда им требуется поддержка при решении сложных вопросов. Больных с умеренной и тяжелой олигофренией можно обучить выполнению несложных домашних обязанностей. Необходима регулярная поддержка, при наличии специально оборудованных рабочих мест возможно трудоустройство. Пациенты с глубокой олигофренией нуждаются в постоянном уходе.

4.3.1. Перечень семинарских, практических занятий и лабораторных работ

№ п/п	№ раздела и темы дисциплины (модуля)	Наименование семинаров, практических и лабораторных работ	Трудоемкость (о/з-о, в час.)		Оценочные средства	Формируемые компетенции* (индикаторы)
			Всего часов	Из них практическая подготовка		
1	2	3	4	5	6	7
1	Тема 2.1. Понятие «нормы» и «патологии» в клинической психологии.	Семинар 1. История развития и современные направления исследований на примере работ ученых-исследователей (например, В.М. Бехтерев, Б.В. Зейгагник и др.)	2/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.1
2	Тема 2.2. Характеристика психодиагностических аспектов работы клинического психолога. 2.2.1. Методы психологического обследования. 2.2.2. Методы и методики экспериментально-психологического исследования: - понятие «психодиагностика»; - понятие «экспериментальное исследование»; - инструментарий для диагностики больных клиническим психологом; - психологический анамнез; - методики исследования памяти; - методики исследования внимания; - методики изучения мышления и интеллекта; - оценка высших корковых функций; - расстройство целенаправленных действий;	Семинар 2. Работа клинического психолога: - методы психологического обследования; - методы и методики экспериментально-психологического исследования. Патопсихологический диагноз: - понятие патопсихологического диагноза; - составляющие патопсихологического диагноза; - психодиагностическое заключение.	2/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-5.4

	<ul style="list-style-type: none"> - исследование эмоционально-волевой сферы; - оценка личности больного; - исследование самооценки; - исследование уровня притязаний. <p>2.2.3. Патопсихологический диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - понятие патопсихологического диагноза; - составляющие патопсихологического диагноза; - психодиагностическое заключение. 					
3	<p>Тема 2.3. Понятие «здоровье» и «болезнь» как динамика нормы и патологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение; - критерии психического здоровья; - факторы, влияющие на состояние здоровья или болезни; - биомедицинская и биопсихосоциальная модели болезни. <p>Тема 2.4. Образ жизни как критерий изучения личности в болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение и структура; - критерии и концепция качества жизни; - здоровый образ жизни как метод профилактики болезни; - психогигиена; - психопрофилактика; - психотерапия. <p>Тема 2.5. Понятия «инвалид» и «инвалидность» как крайние формы патологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определения; - реабилитация (в том числе трудовая). 	<p>Семинар 3.</p> <p>Понятие «здоровье» и «болезнь» как динамика нормы и патологии</p> <p>Образ жизни как критерий изучения личности в болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение и структура; - критерии и концепция качества жизни; - здоровый образ жизни как метод профилактики болезни; - психогигиена; - психопрофилактика; - психотерапия. <p>Реабилитация</p>	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-5.4
4	<p>Тема 3.1. Психосоматические влияния и болезнь.</p> <p>Тема 3.2. Внутренняя картина болезни:</p> <ul style="list-style-type: none"> - концепции; 	<p>Семинар 4.</p> <p>Психосоматические проявления в болезни</p>	1/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-5.2 ОПК-5.4 ОПК-6.3

	<ul style="list-style-type: none"> - структурная организация; - субъективная оценка заболевания. <p>Соматозогнозия. Реагирование личности на болезнь. Тема 3.3. Типы реакций личности на болезнь. Нозогении. «Схема тела» и ее роль.</p>	<p>Внутренняя картина болезни</p> <p>Типы реакций личности на болезнь</p>				
5	Тема 3.4. Деонтология. Особенности взаимоотношений «врач (психолог) – персонал - больной». Ятрогения.	Семинар 5. Деонтология Ятрогения	2/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-5.3
6	Тема 3.5. Особенности рентного и установочного поведения больного человека.	Семинар 6. Мотивационное поведение больного: рентное и установочное поведение	1/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-5.2
7	Тема 3.6. Особенности течения болезни и клинические проявления: - в клинике внутренних болезней; - в хирургии; - у больных с дефектами тела, органов чувств, аномалиями развития; - в акушерстве; - в педиатрии; - в картине психических заболеваний; - возрастные особенности.	Семинар 7. Особенности течения болезни и клинические проявления	2/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-6.3
8	Тема 4.1. Патопсихология познавательных процессов: - нарушение восприятия; - нарушение внимания; - нарушение памяти; - нарушение мышления.	Семинар 8. Патопсихология познавательных процессов	2/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-6.3
9	Тема 4.2. Патопсихология сознания, личности, эмоционально-волевой и психомоторной сфер: - нарушение сознания; - нарушения личности; - нарушения и акцентуации характера; - нарушения волевой сферы; - нарушения	Семинар 9. Патопсихология сознания, личности, эмоционально-волевой и психомоторной сфер	2/0		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-6.3

	эмоциональной сферы; - психомоторные расстройства личности.					
10	Тема 5.1. Неврозы.	Семинар 10. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и реабилитация Профилактика	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
11	Тема 5.2. Реактивные психозы.	Семинар 11. Острые реактивные состояния Затяжные реактивные состояния	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
12	Тема 5.3. Психопатии.	Семинар 12. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и реабилитация Профилактика	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
13	Тема 5.4. Алкоголизм и алкогольные психозы.	Семинар 13. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Классификация алкогольных психозов Лечение и реабилитация Профилактика	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
14	Тема 5.5. Психические расстройства при интоксикациях: - наркомания; - токсикомания; - интоксикации при отравлении лекарственными, пищевыми, промышленными и другими ядами.	Семинар 14. Психические расстройства при интоксикациях	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
15	Тема 6.1. Патопсихологические синдромы шизофрении.	Семинар 15. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и экспертиза	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
16	Тема 6.2. Патопсихологические синдромы маниакально- депрессивного психоза.	Семинар 16. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и экспертиза	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
17	Тема 6.3. Патопсихологические синдромы эпилепсии.	Семинар 17. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и экспертиза	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3
18	Тема 6.4. Патопсихологические	Семинар 18. Клинические проявления	2/1		Оценка за доклад/сообщение	ОПК-4.2 ОПК-5.2

	синдромы сенильных и пресенильных расстройств (органические психические расстройства позднего возраста).	Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и экспертиза			ние на семинаре	ОПК-5.3 ОПК-6.3
19	Тема 6.5. Патопсихологические синдромы олигофрении.	Семинар 19. Клинические проявления Этиология и патогенез Дифференциальная диагностика Лечение и экспертиза	2/1		Оценка за доклад/сообщение на семинаре	ОПК-4.2 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-6.3

4.4. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

В данном пункте в свободной форме приводятся общие указания по освоению дисциплины с раскрытием подходов к освоению каждого вида учебных занятий (лекции, семинары, самостоятельная работа), а также видов контроля, указанных в подпункте 5.4. Ниже приведены примеры оформления соответствующих методических указаний.

4.4.1. Методические указания по подготовке к лекциям, семинарам и практическим занятиям

Подготовка к лекциям, семинарам и практическим занятиям представляет собой внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся, которую они организуют по своему усмотрению, без непосредственного контроля со стороны преподавателя. Самостоятельная подготовка обучающегося к лекции должна состоять в первую очередь в перечитывании конспекта предыдущей лекции. Это помогает лучше понять материал новой лекции, опираясь на предшествующие знания. Самостоятельная подготовка к семинарскому и практическому занятию заключается в прочитывании конспекта соответствующей лекции (если она читалась по данной теме), чтении соответствующего раздела учебника и первоисточников. Главными задачами этой подготовки обычно являются: повторение теоретических знаний, усвоенных в рамках аудиторной работы; расширение и углубление знаний по теме занятия.

Знания, полученные в процессе такой самостоятельной работы, являются теоретической базой для обсуждения вопросов семинарского занятия, для выполнения контрольной работы или практического задания.

Содержанием подготовки к семинару или практическому занятию может быть не только чтение литературы, но и подбор примеров, иллюстративного материала по определенным вопросам, проведение различного рода исследований, описание результатов исследований, решение практических задач.

Еще одной формой самостоятельной работы является так называемый интегрированный курс, в течение которого небольшие группы студентов (3-5 чел.) могут заняться решением проблемы, основанной на реальной информации и требующей применения знаний, полученных из изученной дисциплины. Эта работа осуществляется под наблюдением преподавателя.

Следующий аспект организации самостоятельной работы обучающихся – это проведение разнообразных конкурсов, олимпиад.

Следующей формой самостоятельной работы является поисковая работа студентов, при которой происходит осмысление событий и явлений на основе анализа и синтеза, сопоставления и аналогии; развивается самостоятельное мышление.

Контроль результатов самостоятельной работы студентов осуществляется в пределах времени, указанного в учебном плане на аудиторных учебных занятиях по дисциплине и может проходить в письменной, устной или смешанной форме, с представлением продукта творческой деятельности обучающегося. Результаты контроля самостоятельной работы могут учитываться при осуществлении итогового контроля по дисциплине.

4.4.2. Методические указания по выполнению контрольных работ

Целью подготовки контрольной работы является систематизация и углубление теоретических и практических знаний, полученных в рамках учебного плана по изучаемой дисциплине.

В контрольной работе обучающийся должен показать: теоретическую подготовку и способность проблемного изложения теоретического материала; умение анализировать, синтезировать и обобщать литературные источники; умение логически и научным языком строить текст; навыки составления плана эмпирического исследования; навыки самостоятельного проведения исследования; умение обрабатывать результаты, анализировать их; представлять полученные данные в табличной и графичной форме; навыки применения к данным исследования математико-статистических методов; умение формулировать выводы.

Тематика контрольных работ сообщается обучающимся, приступающим к изучению дисциплины. В рамках предлагаемой тематики студентам предоставляется право выбора темы работы. Студенты могут предложить собственную тему с обоснованием её целесообразности, особенно если она является продолжением исследований, проведенных в процессе написания курсовых работ по другим дисциплинам, или научных студенческих работ. При выборе темы не рекомендуется выбор одинаковой темы тремя или более студентами одной учебной группы.

Требования к контрольной работе: 1. Актуальность тематики, соответствие ее современному состоянию отечественной и зарубежной науки; 2. Изучение и анализ научной, учебно-методической литературы и периодики по проблеме исследования; 3. Изучение и анализ истории исследуемой проблемы, ее практического состояния с учетом передового опыта отечественных и зарубежных ученых

и личного опыта студента. 4. Проведение самостоятельного исследования: четкая характеристика предмета, целей и методов исследования; 5. Обобщение результатов проведенных исследований, обоснование выводов и практических рекомендаций; 6. Культура оформления (ее соответствие требованиям стандарта).

Требования к оформлению контрольной работы.

Основное содержание темы должно представлять собой самостоятельно выполненное исследование или обобщение имеющейся литературы по проблеме, заявленной в названии контрольной работы. Теоретические идеи, пересказанные своими словами, мысли других авторов и цитаты должны иметь указания на источник (ссылки в общепринятом порядке). Основной текст (без введения, заключения и списка литературы) по объему должен занимать не менее 10 страниц, напечатанных на компьютере (по стандарту). Контрольная работа должна иметь стандартный научный аппарат, при цитировании необходимы ссылки на теоретические и эмпирические источники.

Оформление контрольной работы должно соответствовать требованиям ГОСТ 7.32-91 «Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления», ГОСТ 7.1-84. Библиографическое описание документа: общие требования и правила составления. Работа должна быть выполнена на белой бумаге формата А4.

Основной текст печатается через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman Cyr 14 кегля, с полями слева 30 мм, справа – 1,5 мм, сверху 20 мм и снизу 20 мм. Выравнивание - по ширине.

Заголовок параграфов: кегль 14, шрифт Times New Roman Cyr полужирный; межстрочный интервал 1,5; отступ красной строки – 1 см; выравнивание – по центру. В конце заголовков точки не ставятся. Все страницы нумеруются в правом верхнем углу. Титульный лист не включают в общую нумерацию.

Работа начинается с титульного листа, затем следует содержание с правильным указанием страниц, с которых начинаются параграфы, далее следует введение, основная часть, состоящая из параграфов, заключение, список литературы и (если имеются) приложения.

Оптимальный размер введения - до 10 % текста. То же самое относится к заключению, но все отклонения по объему должны быть в меньшую сторону. Остальной объем работы приходится на основную часть. Параграфы работы должны по объему страниц иметь равное соотношение. Каждый последующий параграф не должен начинаться с новой страницы, а должен продолжать предыдущий. С новой страницы печатаются: введение, первый параграф, заключение, литература, приложение.

Работа должна быть написана научным языком, что означает соблюдение общих норм литературного языка, правил грамматики и учет особенностей научной речи (ее точности, однозначности терминологии, некоторых правил применения форм речи). Личная манера изложения («я», «мы», «нами» и т.д.) в научной работе не допускается. Работа должна быть обезличена («можно предположить...», «можно сделать заключение...», «таким образом, можно сказать...»).

Если в работе используется какая-либо классификация, то она оформляется следующим образом:

- если нумерация выносится за скобку, то текст начинается с маленькой буквы и в конце ставится точка с запятой. Пример - 1) шкала измерений; и т.д.

- если после цифры ставится точка, то текст следует начинать с большой буквы и в конце ставить точку. Пример - 1. Шкала измерений. и т.д.

То же самое относится к тезисам.

Сноски должны быть оформлены в квадратных скобках и находиться после каждой цитаты (например: [6, с.128]), ссылки на какой-либо источник (например: [6]), классификации (например: [6, с.128]), упоминании какого-либо автора (например: [6]).

Правила оформления научного аппарата являются общими для всех отраслей знания и регламентированы действующими государственными стандартами.

Список источников должен называться - «Список использованных источников». Литература помещается в список в строго алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках по фамилиям авторов, либо по названию сочинений, если автор не указан). Список источников имеет порядковую нумерацию. Основное требование к составлению списка литературы - единообразное оформление и соблюдение ГОСТ 7.1-84. «Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

Контроль выполнения контрольной работы осуществляется преподавателем.

4.4.3. Методические указания к выполнению творческого задания

Творческое задание предлагается выполнить в виде электронной презентации.

В ходе выполнения и защиты электронной презентации обучающийся должен научиться: привлекать внимание аудитории; предоставлять необходимую информацию, достаточную для восприятия результатов проделанной работы без пояснений; предоставлять информацию в максимально комфортном виде; акцентировать внимание на наиболее существенной информации. Перед созданием электронной презентации важно определить: а) назначение презентации, ее тему – следует самому понять то, о чем вы собираетесь рассказывать; б) примерное количество слайдов; в) как представить информацию наиболее удачным образом; г) содержание слайдов; д) графическое оформление каждого слайда.

Этапы создания презентации.

1. Планирование презентации - определение целей, изучение аудитории, формирование структуры и логики подачи материала

2. Составление сценария - логика, содержание.

3. Разработка дизайна презентации – определение соотношения текстовой и графической информации.

4. Проверка и отладка презентации.

Схема презентации:

Титульный лист (название работы, имена авторов).

Введение (план презентации) - очерчивается круг вопросов, о которых пойдет в презентации; определяется актуальность темы, дается характеристика направления исследования.

Основная часть – формулируются задачи и рассматриваются варианты их решения.

Заключение (выводы) – излагаются основные результаты представленной работы.

Список использованных источников (3-5 наименований)

Требования к оформлению презентаций.

1. Требования к содержанию информации: заголовки должны привлекать внимание аудитории; слова и предложения – короткие; временная форма глаголов – одинаковая; минимум предлогов, наречий, прилагательных.

2. Требования к расположению информации: горизонтальное расположение информации; наиболее важная информация в центре экрана; комментарии к картинке располагать внизу.

3. Требования к шрифтам: размер заголовка не менее 24 пунктов, остальной информации не менее 18 пунктов; не более двух - трех типов шрифтов в одной презентации; для выделения информации использовать начертание: полужирный шрифт, курсив или подчеркивание.

4. Способы выделения информации: рамки, границы, заливка; различный цвет шрифта, ячейки, блока; рисунки, диаграммы, стрелки, схемы для иллюстрации наиболее важных фактов.

Важно подобрать правильное сочетание цветов для фона и шрифта. Они должны контрастировать, например, фон - светлый, а шрифт – темный, или наоборот. Иногда целесообразно использование «тематического» фона: сочетание цветов, несущие смысловую нагрузку и т. п.

5. Объем информации и требования к содержанию: на одном слайде не более трех фактов, выводов, определений; ключевые пункты отражаются по одному на каждом отдельном слайде.

Слайды не надо перегружать ни текстом, ни картинками. Лучше избегать дословного «перепечатывания» текста на слайды. Лучше не располагать на одном слайде более 2 – 3 рисунков.

Не стоит вставлять в презентации большие таблицы: они трудны для восприятия — лучше заменять их графиками, построенными на основе этих таблиц. Если все же таблицу показать необходимо, то лучше оставить как можно меньше строк и столбцов, привести только самые необходимые данные.

Гибкость – одна из основ успешной презентации. Будьте готовы внести изменения по ходу презентации в ответ на реакцию слушателей.

4.4.4. Методические указания к выполнению домашнего задания

Домашнее задание выполняется студентами в виде реферирования первоисточника (реферат) или в виде написания рецензии на статью, опубликованную в научном журнале.

4.4.4.1. Порядок и методические указания к реферированию первоисточника

Цель реферирования первоисточника – углубленное изучение избранной проблемы, творческое освоение классической и современной научной литературы, а также овладение навыками исследования и логического письменного изложения проблемы.

Реферирование первоисточника рекомендуется проводить излагать в соответствии со следующими пунктами: титульный лист, содержание, введение, в котором определяются цель и задачи реферирования; содержание реферлируемого источника; заключение (или общие выводы о работе изучаемого автора). Работа может быть иллюстрирована таблицами, рисунками, диаграммами и т.д.

Заключение содержит выводы по полученным в ходе исследования результатам, положительные и отрицательные тенденции в развитии предприятия по изучаемой проблеме; перечень рекомендаций и условия их реализации.

Требования к оформлению реферата.

Оформление реферата должно соответствовать требованиям ГОСТ 7.32-91 «Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления», ГОСТ 7.1-84. Библиографическое описание документа: общие требования и правила составления. Работа должна быть выполнена на белой бумаге формата А4.

Текст реферата быть выполнен на компьютере с 1,5 межстрочным интервалом в текстовом редакторе Microsoft Word for Windows. Текст набирается нежирным шрифтом Times New Roman Cyr, размером 14 пунктов. Размер абзацного отступа – 1,25 см.

Текст реферата следует располагать, соблюдая следующие размеры полей: левое – 30 мм, правое – 15 мм, верхнее – 20 мм, нижнее – 20 мм.

Заголовки структурных элементов работы следует располагать с абзаца без точки в конце и писать строчными буквами, не подчеркивая. Переносы слов в заголовках не допускаются.

Расстояние между заголовком и текстом должно быть равно двойному интервалу. После заголовка текст пишется с абзацного отступа.

Иллюстрации (графики, схемы, рисунки, диаграммы) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые или на следующей странице. На все иллюстрации должны быть ссылки по тексту работы.

Приводимые в работе сведения из первоисточника (цифровые данные, цитаты, общие выводы и положения, мнения автора(ов)) должны иметь постраничные ссылки в источнике информации. Ссылка указывает автора(ов) и страницу (например, [Иванов А.А., с. 102]).

Ссылки на иллюстрации, таблицы, формулы, уравнения, перечисления, приложения следует указывать их порядковым номером, например: «...в вопросе 2», «... в формуле (2)», «... на рисунке 8», «... в приложении А».

Формулы следует выделять из текста в отдельную строку. В работе их следует нумеровать порядковой нумерацией в пределах всей курсовой работы арабскими цифрами в круглых скобках в крайнем правом положении на строке.

По использованному источнику должна быть полная информация. Сведения о книге: фамилия и инициалы автора(ов), название книги, место издания, издательство, год издания, количество страниц в книге.

4.4.4.2. Порядок и методические указания к написанию рецензии

Зачастую рецензии путают с отзывами. Это большая ошибка, так как эти две формы высказывания мнения относительно какого-либо труда имеют принципиальные различия. Незнание этих нюансов чревато проявлением невежества и безграмотности со стороны автора. Но стоит отметить, что рецензия – это не сочинение на вольную тему. Она имеет четкий план и должна иметь определенное содержание.

Слово «рецензия» (recensio) с латинского языка переводится как «обследование, осмотр». Термин закрепился в литературе на стыке девятнадцатого и двадцатого веков. Рецензия рассматривается как один из жанров критики в литературе. Но несмотря на свою кажущуюся однозначность, она делится на несколько основных видов.

Основные виды рецензии:

1. Рецензия может быть написана в виде эссе. Автор в этом случае описывает свое впечатление от прочитанной книги. Но таким слогом не может быть написана рецензия на научную статью. Пример - отзыв о каком-то художественном литературном произведении. Эссе чаще всего пишется в форме лирического размышления.

2. Публицистическая или критическая статья небольшого размера также может быть представлена как рецензия на статью. Пример такой работы можно встретить в научных журналах, где обсуждаются актуальные литературные и общественные проблемы.

3. Ещё одним видом этого жанра является авторецензия. В данном случае автор сам описывает краткий смысл своей работы. Авторецензию автор может дополнить комментариями относительно информации, содержащейся в основной части работы.

4. Развернутая аннотация чаще всего используется как рецензия на статью. Пример такой формы обязательно должен содержать информацию о смысле произведения, особенностях написания, а также об основных достоинствах и недостатках работы.

5. Последним видом этого жанра является экзаменационная рецензия, которая пишется студентом для оценки степени понимания им какого-либо труда. Это может быть рецензия на статью.

Поскольку рецензия является научным или литературным трудом, она должна содержать в себе определенные части. Что должна включать в себя рецензия: 1. Подробное описание предмета анализа. Обязательно с указанием жанра, автора и основных характеристик работы, таких как стиль, объем и использованные методы анализа (если речь идет о научной статье). 2. Автор рецензии должен обосновать актуальность темы, по которой написана работа. 3. В рецензии указывается основная мысль данного произведения. То есть то, что именно автор хотел сказать в своей работе. 4. Рецензия обязательно должна содержать краткое описание работы. Рецензент обязан дать общую характеристику труду с указанием его ключевых моментов. 5. Недоработки также должна отметить рецензия на статью. Пример: недостаточное количество источников информации или использование неактуальных данных и др. 6. И в конце рецензии обязательно необходимо сделать выводы. Они должны быть краткими и однозначными. Выводы должны содержать информацию о научной или художественной ценности работы.

Очень часто рецензию путают с отзывом. Но это неправильно, ведь эти два жанра имеют существенные различия. Рецензия обязательно должна содержать в себе все вышеуказанные пункты. В то время как отзыв - это лишь короткая характеристика работы без детального её анализа. Отзывы встречаются гораздо чаще, чем рецензия к статье. Пример отзыва - это краткое описание, которое приводится в конце или в начале любой книги. Целью его является лишь выделение основной идеи произведения и его краткое описание.

Рецензия на статью. Пример рецензии можно найти на сайте <http://www.gramota.net/recenzia.html>.

Для правильного составления необходимо знать основные принципы и нюансы ее написания. Самое главное правило, которое должен усвоить каждый рецензент, - это то, что рецензия должна всегда быть обоснованной и аргументированной. Прочитавший какое-либо произведение читатель может просто выразить свою мысль словами «нравится» ли «не нравится», «верю» или «не верю». Рецензент же свое мнение обязательно должен подкреплять аргументами. Если рецензент выдвигает гипотезу, противоположную мнению автора, он обязательно должен её обосновать. Но важно помнить, что рецензия - это лишь короткий анализ статьи или книги. В такой работе недопустимы отвлеченные суждения о других статьях, книгах и прочее. В рецензии отмечается лишь мнение относительно данной работы.

По использованному источнику должна быть полная информация. Сведения о статье: фамилия и инициалы авторов, заглавие статьи, наименование журнала (газеты или другое издание), наименование серии (если есть), год выпуска, номер издания, страницы, на которых помещена статья.

4.4.4.3. Методические указания по подготовке к круглому столу

Цель круглого стола – предоставить участникам возможность высказать свою точку зрения на обсуждаемую проблему, а в дальнейшем сформулировать либо общее мнение, либо четко разграничить разные позиции сторон, проявить каждому креативность. возможность проявить свою креативность. Организационные особенности круглых столов - отсутствие жесткой структуры, регламента проведения. Этапы подготовки круглых столов:

1. Выбор темы.

2. Подбор ведущего (модератора) и его подготовка. Модератор должен обладать такими качествами, как коммуникабельность, артистичность, интеллигентность. Особую роль для Круглого стола играет компетентность ведущего, поэтому модератор обязан самостоятельно осуществить подготовку в рамках заданной темы круглого стола.

3. Подбор участников и определение экспертов круглого стола. Суть любого круглого стола в том, чтобы осуществить попытку «мозговой атаки» по определенной проблеме и найти ответы на какие-то важные вопросы.

4. Предварительная обсуждение темы вопросов с предполагаемыми участникам – осуществляется за несколько дней до круглого стола, включает изучение проблематики в соответствующей сфере.

5. Подготовка предварительной резолюции круглого стола. Проект итогового документа должен включать констатирующую часть, в которой перечисляются те проблемы, которые обсуждались участниками круглого стола.

V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Клиническая психология»

6. Косых Г.В. Рабочая программа дисциплины «Клиническая психология» [Электронный ресурс]/ Г.В. Косых. – Воронеж: ВИЭСУ. – Режим доступа: <http://www.viesm-vrn.ru/ml/370301/>.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с.
8. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с.
9. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
10. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с.

2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины «Клиническая психология»

Основная литература:

1. Ведехина С.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Ведехина С.А. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Научная книга, 2012. - 159 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8200>.— ЭБС «IPRbooks».
2. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. - Электрон. текстовые данные. - СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012. - 444 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985>.— ЭБС «IPRbooks».
3. Нагаев В.В. Основы клинической психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов вузов/ Нагаев В.В., Жолковская Л.А. - Электрон. текстовые данные. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014. - 463 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/34488>.— ЭБС «IPRbooks».
4. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник; ответ. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство Юрайт, 2011. – 363 с.
5. Старшенбаум Г.В. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебно-практическое руководство/ Старшенбаум Г.В. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Вузовское образование, 2015. - 305 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31706>.— ЭБС «IPRbooks».

Дополнительная литература:

1. Абелева И.Ю. Механизмы коммуникативной речи [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Абелева И.Ю. - Электрон. текстовые данные. - М.: ПАРАДИГМА, 2012. - 288 с.- Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/13018>.— ЭБС «IPRbooks».
2. Антохин Е.Ю. Возрастные и гендерные особенности невротических расстройств [Электронный ресурс]: пособие для врачей и клинических психологов/ Антохин Е.Ю. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. - 44 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31803>.— ЭБС «IPRbooks».
3. Антохин Е.Ю. Добровольцы в психиатрии - направление психосоциальной помощи душевнобольным (Оренбургский опыт) [Электронный ресурс]: пособие для врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения/ Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. - Электрон. текстовые данные. -

- Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2012. - 28 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31819>.— ЭБС «IPRbooks».
4. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В.М. Астапов. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
 5. Балашова С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии/ Балашова С.В., Дереча Г.И. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51461>.— ЭБС «IPRbooks».
 6. Балашова С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии [Электронный ресурс]: пособие для самостоятельной работы для студентов факультета клинической психологии, для клинических психологов/ Балашова С.В. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2009. - 39 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21837>.— ЭБС «IPRbooks».
 7. Балашова С.В. Терапевтические отношения [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии, психологов и психотерапевтов, проходящих профессиональную переподготовку/ Балашова С.В. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2009. - 63 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31840>.— ЭБС «IPRbooks».
 8. Белопольская Н. Детская патопсихология. Хрестоматия / Н. Белопольская и др. – М.: Когнито-Центр, 2001. – 352 с.
 9. Бехтерев В.М. Психика и жизнь. Избранные труды по психологии / В.М. Бехтерев. – СПб.: Алетейя, 1999. – 592 с.
 10. Бинсвангер Л. Бытие в мире. Введение в экзистенциальную психотерапию / Л. Бинсвангер. – М.: КПС+, Ювента, Ленато, 1999. – 545 с.
 11. Бомов П.О. Диагностика дефектных состояний у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте [Электронный ресурс]: пособие для врачей и клинических психологов/ Бомов П.О. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2010. - 42 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31806>.— ЭБС «IPRbooks».
 12. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Л.Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2009. – 351 с.
 13. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – М.: Академический Проект, 2000. – 800.
 14. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. – 800 с.
 15. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников) [Электронный ресурс]/ Бурно М.Е. - Электрон. текстовые данные. - М.: Академический Проект, Альма Матер, 2009. - 726 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/36381>.— ЭБС «IPRbooks».
 16. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников) [Электронный ресурс]/ Бурно М.Е. - Электрон. текстовые данные. - М.: Академический Проект, Альма Матер, 2009. - 726 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/36381>.— ЭБС «IPRbooks».
 17. Быкова И.С. Учение о неврозах [Электронный ресурс]: учебное пособие для самостоятельной работы студентов факультета клинической психологии/ Быкова И.С. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2009. - 45 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21874>.— ЭБС «IPRbooks».
 18. Венсан Мишель Болезнь отрочества. Клиническая работа с подростками и их родителями [Электронный ресурс]/ Венсан Мишель. - Электрон. текстовые данные. - М.: Когнито-Центр, 2012. - 231 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15235>.— ЭБС «IPRbooks».
 19. Ганнушкин П.Б. Избранные труды по психиатрии / П.Б. Ганнушкин. – Ростов на Дону: Феникс, 1998. – 416 с.
 20. Гордиенко А.В. Атеросклероз и гипертоническая болезнь. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения [Электронный ресурс]/ Гордиенко А.В., Литовский И.А. - Электрон. текстовые данные. - СПб.: СпецЛит, 2013. - 308 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/45649>.— ЭБС «IPRbooks».

21. Дереча В.А. Психопатологический профиль приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении и его влияние на социальное функционирование больных [Электронный ресурс]: информационно-методическое письмо для психиатров и организаторов здравоохранения/ Дереча В.А., Катан Е.А. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2007. - 32 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21848>.— ЭБС «IPRbooks».
22. Дереча В.А. Психопатология и клинические проявления шизофрении [Электронный ресурс]: учебное пособие для психологов, врачей и студентов медицинских вузов/ Дереча В.А. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2007. - 31 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21849>.— ЭБС «IPRbooks».
23. Дереча Г.И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом [Электронный ресурс]: клинко-системное исследование/ Дереча Г.И. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2010. - 154 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21850>.— ЭБС «IPRbooks».
24. Детская патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия/ - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2010. - 351 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15245>.— ЭБС «IPRbooks».
25. Егоров Р.С. Кризисная психология [Электронный ресурс]: учебное пособие для самостоятельной работы студентов факультета клинической психологии ОрГМА/ Р.С. Егоров - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. - 42 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21820>.— ЭБС «IPRbooks».
26. Егоров Р.С. Профилактика наркомании и алкоголизма [Электронный ресурс]: учебное пособие для самостоятельной работы студентов факультета клинической психологии ОрГМА/ Егоров Р.С. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. - 40 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21846>.— ЭБС «IPRbooks».
27. Егоров Р.С. Психология отклоняющегося поведения [Электронный ресурс]: учебное пособие для самостоятельной работы студентов факультета клинической психологии ОрГМА/ Егоров Р.С. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. - 31 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31851>.— ЭБС «IPRbooks».
28. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии / Д. Еникеева. – Донецк: Сталкер, 1997. – 432 с.
29. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Теория и практика. Учеб. пособие для студентов вузов./ Б.В. Зейгарник. - М.: - Академия, 2000. - 207с.
30. Злова Т.П. Клинические задачи по детской психиатрии [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ Злова Т.П., Ахметова В.В., Говорин Н.В. - Электрон. текстовые данные. - Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011. - 60 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/55317>.— ЭБС «IPRbooks».
31. Калинин М.Н. Атеросклероз. Патофизиология, лечение, первичная профилактика [Электронный ресурс]: монография/ Калинин М.Н., Волков В.С., Заварин В.В. - Электрон. текстовые данные. - Тверь: Тверская государственная медицинская академия, 2009. - 215 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22607>.— ЭБС «IPRbooks».
32. Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс]: методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов/ Карпец В.В., Дереча Г.И. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. - 31 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868>.— ЭБС «IPRbooks».
33. Кибальченко И.А. Психодиагностика / И.А. Кибальченко, Е.В. Голубева. – Ростов на Дону: Феникс, 2009. – 304 с.
34. Клиническая психология. Учебник / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. - СПб: Питер, 2002. - 960 с.
35. Корецкая И.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Корецкая И.А. - Электрон. текстовые данные. - М.: Евразийский открытый институт, 2010. - 48 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/10698>.— ЭБС «IPRbooks».
36. Коссов Б.Б. Личность: теория, диагностика и развитие / Б.Б. Коссов. - М.: Академический проект, 2000. - 240 с.

37. Кохут Х. Анализ самости. Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности [Электронный ресурс]/ Хайнц Кохут - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2003. - 368 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15232>.— ЭБС «IPRbooks».
38. Критская В.П. Патопсихология шизофрении [Электронный ресурс]/ Критская В.П., Мелешко Т.К. - Электрон. текстовые данные. - М.: Институт психологии РАН, 2015. - 392 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51936>.— ЭБС «IPRbooks».
39. Кузьмина Т.В. Нервные болезни [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кузьмина Т.В. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2012. - 114 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/757>.— ЭБС «IPRbooks».
40. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. - Электрон. текстовые данные. - СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012. - 444 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985>.— ЭБС «IPRbooks».
41. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. Мед. Вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
42. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: клиника и лечение / Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова. – М.: Медицина, 1994.
43. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия. – М.: Медицина, 1977.
44. Медицинская психология. Пропедевтический курс / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков, С.И. Чаева. – М.: Логос, 2002. – 320 с.
45. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1999.
46. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
47. Мягков И.Ф. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии. уч. для ВУЗов / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков. - М.: Логос, 1999. 232 с.
48. Мягков И.Ф. Медицинская психология: пропедевтический курс: Учебник для вузов / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков, С.И. Чаева. - М.: ЛОГОС, 2002. - 320 с.
49. Нахимовский А.И. Практическая психотерапия / А.И. Нахимовский, В.В. Шишков и др. – СПб.: Питер, 2001. – 512 с.
50. Непомнящая Н.И. Психодиагностика личности / Н.И. Непомнящая. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 192 с.
51. Орлова Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Колесник, Н.Т. Титов; отв. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Издательство «Юрайт», 2011. – 368 с.
52. Осипова А.А. Общая психокоррекция / А.А. Осипова. – СПб.: Речь, 2005. – 384 с.
53. Патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия/ - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2000. - 289 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15568>.— ЭБС «IPRbooks».
54. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Редакторы-составители К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф. – СПб.: Алетейя, 1999. – 504 с.
55. Психологическая диагностика: Учебное пособие / Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. - М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001 – 368 с.
56. Реан А.А. Психология личности в трудах зарубежных психологов (хрестоматия) / А.А. Реан. – СПб.: Питер, 2000. – 316 с.
57. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха / Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когнито-Центр, 2000.
58. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: Апрель-Пресс, 1999.
59. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей [Электронный ресурс]/ Старшенбаум Г.В. - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2006. - 367 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15231>.— ЭБС «IPRbooks».
60. Титова Н.М. Клиническая психология. Конспект лекций / Н.М. Титова. - М.: Приориздат, 2008. - 159 с.
61. Титова Н.М. Клиническая психология. Конспект лекций / Н.М. Титова. – М.: ЭКСМО, 2008. – 159 с.

62. Хиллман Джеймс Архетипическая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Хиллман Джеймс. - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2006. – 351 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3831>.— ЭБС «IPRbooks».

63. Хомская Е.Д. Мозг и эмоции / Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова. - М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 268 с.

64. Хьюэлл Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследования и применение: Учеб. пособие / пер. с англ. - 3-е изд. - СПб.: Питер, 2003. – 608 с.

65. Чемпион Курт Тойч Стратегия решения личных проблем. Менталитет успеха [Электронный ресурс]/ Чемпион Курт Тойч. - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, МИЩ СанРэй, 2009. - 128 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/3911>.— ЭБС «IPRbooks».

66. Шабанов П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг; Под редакцией А.Я. Гриненко. - СПб.: Лань, 2000. – 368 с.

67. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: Учебное пособие / Н.И. Шевандрин. – М.: ВЛАДОС, 1998. – 512 с.

68. Щербатых Ю. В. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий / Ю. В. Щербатых, Е.И. Ивлева. - Воронеж: Истоки, 1998. - 281 с.

69. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 576 с.

70. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. - 1056 с.

Профессиональные журналы (электронный доступ на официальном сайте).

1. «Акмеология» - адрес сайта <http://akmeology.ru>;
2. «Социс» - адрес сайта - адрес сайта <http://www.isras.ru/socis.html>;
3. «Вопросы психологии» - адрес сайта <http://www.voppsy.ru>;
4. «Психология в вузе» - адрес сайта <http://psyjournals.ru>;
5. «Психологический журнал» - адрес сайта http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/psihologic.html.

Современные профессиональные базы данных, информационно-справочные системы:

1. База данных научной электронной Elibrary [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – URL: www.elibrary.ru
2. справочная правовая система «Консультант Плюс»: www.consultant.ru

3. Современные профессиональные базы данных, информационно-справочные системы:

Справочная правовая система «Консультант Плюс»: www.consultant.ru

База данных научной электронной Elibrary [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – URL: www.elibrary.ru

<http://elibrary.ru/> – крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 14 млн. научных статей и публикаций.

<http://www.edu.ru/> – федеральный образовательный портал.

<http://azps.ru> – сайт по психологии: предлагает описание психологических тестов, тестирование он-лайн, тренинги, упражнения, статьи, советы психологов.

<http://www.koob.ru/> - бесплатная библиотека электронных книг по психологии.

<http://www.mirknig.com/> - бесплатная библиотека электронных книг по психологии.

VI. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Аудитории (помещения, места) для проведения занятий:

Лекции, практические (семинарские) занятия, групповые консультации могут проводиться в аудиториях, оснащенных стационарным и переносным демонстрационным оборудованием, учебно-наглядными пособиями, которые обеспечивают тематические иллюстрации, соответствующие учебной программе дисциплины.

Проведение текущего, промежуточного контроля и промежуточной аттестации, процедура которых требует использования компьютерной техники, баз данных электронной информационно-образовательной среды Института, а также организацию самостоятельной работы обучающихся можно проводить в аудиториях, оснащенных компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом в электронную информационно-образовательную среду Института.

Выбор конкретной аудитории в зависимости от вида учебных занятий осуществляется согласно расписанию учебных занятий.

Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность учебных аудиторий и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства. Реквизиты подтверждающего документа
Учебная аудитория №312 (3 этаж) Аудитория для проведения занятий лекционного типа	Проектор Sanyo PLC-XW200, Экран настенный рулонный ScreenMedia, Доска настенная. Ноутбук Acer TravelMate 2490, 56 посадочных мест	ОС Windows XP Prof. (предустановленная), Microsoft® Office 2010 Russian. Лицензия 49049117 Антивирус Eset NOD 32 Лицензия (EAV-0193146745) База Гарант-Максимум База Консультант Плюс
Учебная аудитория / компьютерный класс №205 (информационно-аналитическая лаборатория) (2 этаж) Компьютерный класс (учебная аудитория) для групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, организации самостоятельной работы Помещение для организации самостоятельной работы студентов	11 компьютеров HP, локальная сеть, выход и Интернет, доска настенная 27 посадочных мест.	Windows 10. Лицензия 66734363 Microsoft® Office 2016 Russian. Лицензия 18918744 Microsoft® Project Standard 2013 (64212906) Microsoft® Project 2010 Sngl Academic Лицензия 49049117 Антивирус Eset NOD 32 Лицензия (EAV-0220159698) NetPolice Pro лицензия 90414544 База Гарант-Максимум База Консультант + 1с:Предприятие 8. Лицензия (801601241) Конструктор тестов в.3.4

VII. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень лицензионного программного обеспечения и информационных справочных систем

В процессе лекционных, семинарских и практических занятий используется следующее программное обеспечение:

1. Программы, обеспечивающие доступ в сеть Интернет и к электронной почте. Режим доступа: электронно-образовательная информационная среда МОАУ ВО «Воронежский институт экономики и социального управления».

2. Программы для демонстрации и создания презентаций («MicrosoftPower-Point»). Режим доступа: электронно-образовательная информационная среда МОАУ ВО «Воронежский институт экономики и социального управления».

3. Информационно-правовой портал «Консультант плюс» (правовая база данных). Режим доступа: электронно-образовательная информационная среда МОАУ ВО «Воронежский институт экономики и социального управления».

4. Информационно-правовой портал «Гарант» (правовая база данных). Режим доступа: электронно-образовательная информационная среда МОАУ ВО «ВИЭСУ».

5. Электронная Библиотека «Iprbooks». - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/>

Лицензионное программное обеспечение, информационно-справочные системы

Windows XP Professional SP3 Rus	лицензия
MS Office 2003	лицензия
MS Office 2010	лицензия
Справочная Правовая Система Консультант Плюс	договор
Справочно-правовая система "Гарант"	договор
Mozilla Firefox	свободно распространяемая
FreeCommander (файловый менеджер)	свободно распространяемая
Google Chrome	свободно распространяемая
FTP сервер GuildFTPd	свободно распространяемая