

федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
имени академика Е.Н. Мешалкина»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель генерального директора
по организационно-методической работе
Д.А. Астапов
«29» 08 2022 г.



МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.В.ОД.2 МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

по программе ординатуры

Специальность:	31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
Квалификация:	Врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению
Форма обучения	Очная

Методические указания по освоению дисциплины являются частью основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение.

Методические указания по освоению дисциплины предназначены для реализации обязательных требований ФГОС ВО и могут быть использованы в учебном процессе по специальности 31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение.

Методические указания разработал(и):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
Дороженко О.А.	Старший преподаватель отдела высшего и дополнительного профессионального образования центра высшего и дополнительного профессионального образования, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России	-

Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Организация, кафедра
Назаров В.М.	профессор	д.м.н.	ФГБУ «НМИЦ им.ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Методические указания рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.
Протокол № 1 от 29 августа 2022г.

Оглавление

1. Цель и задачи дисциплины	4
2. Содержание основных видов занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины.....	4
3. Задания для подготовки к занятиям	5
4. Критерии оценок деятельности обучающихся при освоении учебного материала	18
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	20

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является: подготовка квалифицированного специалиста – врача анестезиолога-реаниматолога, обладающего системой теоретических знаний и практических навыков, способного к полноценной самостоятельной работе.

Задачи дисциплины:

- углубить и расширить профессиональные знания и умения, полученные выпускниками в медицинских образовательных организациях высшего образования;
- сформировать объемное клиническое мышление;
- овладеть необходимым уровнем знаний по нефрологии; обучить проведению полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий;
- совершенствовать знания, умения, навыки по клинической, лабораторной, функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умений оценки результатов исследований, проведения дифференциальной диагностики, прогноза заболеваний, выбора оптимальных схем адекватного лечения больных нефрологического профиля;
- совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основам медицинской психологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.

2. Содержание основных видов занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины

Организация учебной деятельности обучающихся по дисциплине осуществляется в следующих формах:

Аудиторная (контактная с преподавателем) работа включает в себя:

- лекционные занятия под руководством преподавателя, включающие освоение теоретического материала по дисциплине;
- групповые семинарские занятия под руководством преподавателя, включающие аудиторную самостоятельную работу по заданию (под контролем) преподавателя;
- групповые практические занятия под руководством преподавателя, включающие аудиторную самостоятельную работу по заданию (под контролем) преподавателя;

Внеаудиторная (самостоятельная) работа обучающихся:

- заключается в работе с методическими указаниями по освоения дисциплины, конспектом лекций, с основной и дополнительной литературой, информационно-правовыми справочными системами, электронными образовательными ресурсами;
- сопровождается индивидуальными (групповыми) консультациями, собеседованием, приемом отработок пропущенных занятий.

При проведении занятий лекционного типа дается основной систематизированный материал. Отдельные темы дисциплины не разбираются на лекциях и рекомендуются для самостоятельного изучения по рекомендуемой учебной литературе и учебным пособиям. Содержание тем, отведенных на самостоятельное изучение, контролируются при проведении текущего и промежуточного контроля.

Работа с обучающимися на семинарском занятии представляет собой:

- текущий контроль и закрепление знаний, полученных на лекциях и в процессе самостоятельной работы в виде опроса-семинара, выступления по теме.

Работа с обучающимися на практическом занятии представляет собой:

- выполнение ситуационных заданий.

Самостоятельная работа представляет собой:

- анализ информации из различных источников,
- подготовку к ответам на вопросы для проверки и закрепления знаний,
- подготовку к выполнению ситуационных заданий,
- подготовку тезисов выступлений, презентаций к докладам.

Распределение часов контактной работы по видам учебной деятельности и самостоятельной работы по темам дисциплины и видам занятий приведено в разделе «Содержание дисциплины» рабочей программы дисциплины.

Изучение дисциплины завершается зачетом в 1 семестре

3. Задания для подготовки к занятиям

3.1. Задания для подготовки к семинарским занятиям

1 семестр

Семинарское занятие № 1

Тема 1.1. Введение в медицинскую психологию.

Контрольные вопросы:

1. Понятие здоровья и болезни (патологии, расстройства) в клинической психологии.
2. Что такое нейропсихология и что она изучает?

Темы докладов:

1. Психологический подход.
2. Психологическая работа в стационаре. В чем ее особенность.

Семинарское занятие №2

Тема 1.2. Этика и деонтология в работе врача.

Контрольные вопросы:

1. Этика и деонтология врача.
2. Характер: психологические аспекты и место в работе врача

Темы докладов:

1. Первичная беседа перед операцией.
2. Выстраивание и построение психологического контакта в беседе.

Семинарское занятие №3

Тема 1.3. Психология больного

Контрольные вопросы:

1. Как называются патопсихологические симптомы, отражающие непосредственное течение психического расстройства?
2. Какие происходят фазы переживания болезни во времени?

Темы докладов:

1. Психология больного.
2. Личность: основные подходы к пониманию.

Семинарское занятие №4

Тема 1.4 Биологические основы индивидуальности. Виды темперамента.

Контрольные вопросы:

1. Темперамент и пол: психологическая характеристика.
2. Формирование личности в онтогенезе.

Темы докладов:

1. Индивидуальные особенности каждой личности.
2. Психологическая характеристика, виды темперамента.

Семинарское занятие №5

Тема 1.5. Неврозы, виды. Шизофрения.

Контрольные вопросы:

1. Этиология неврозов и основные проявления неврастении.
2. Формы шизофрении и их проявления.

Темы докладов:

1. Как проходит патопсихологическое обследование, тестирование?
2. Характеристика и симптомы шизофрении.

Семинарское занятие №6
Тема 1.6. Личностные факторы. Стресс

Контрольные вопросы:

1. Как называют субъективно-психологическую сторону любого заболевания?
2. Профилактика и выход из стресса.

Темы докладов:

1. Факторы, вызывающие стресс.
2. Первая помощь при остром стрессе.

Семинарское занятие №7
Тема 1.7. Нейропсихология. Виды афазии.

Контрольные вопросы:

1. Задачи нейропсихологии и её нарушения.
2. Полушарные нарушения. Виды афазии и их проявления.

Темы докладов:

1. Нейропсихология. Строение мозга.
2. Виды афазии.

Семинарское занятие №8
Тема 1.8. Психологические аспекты боли.

Контрольные вопросы:

1. Хроническая боль
2. Психологические методы работы с болью.

Темы докладов:

1. Боль, хронические аспекты боли.
2. Психологическая реабилитация.

Семинарское занятие № 9
Тема: Зачётное занятие в 1 семестре

Тестовые задания:

Какая этическая модель в медицинской психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

1. модель Гиппократата;
 2. биоэтика;
 3. деонтологическая модель;
 4. модель Парацельса.
2. Уверенность, что болезнь - результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать

возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности врачей и персонала. Тип отношения к болезни (по Личко)?

1. апатический;
 2. паранойяльный;
 3. анизогностический;
 4. тревожный.
3. В структуре взаимоотношений «медицинский персонал – больной» значимыми являются такие свойства личности медицинского работника, как:
1. эмпатия;
 2. толерантность (устойчивость) к проблемам больного;
 3. способность к убеждению;
 4. умение формировать адекватные личностные установки больного на выздоровление;
 5. значимыми являются все перечисленные выше свойства;
 6. другие свойства, не указанные выше.
4. Комплексное использование медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий с целью приспособления человека после перенесенного заболевания, к деятельности на максимально возможном для него уровне, это
1. реабилитация;
 2. психопрофилактика;
 3. психогигиена.
5. Болезнь рассматривается как расстройство, которое угрожает дисфункцией — неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве.
1. в рамках биопсихосоциальной парадигмы;
 2. в рамках биомедицинской парадигмы.
6. Термин «внутренняя картина болезни» принадлежит -
1. Э. Крепелин
 2. Р.А. Лурия
 3. К. Ясперс
 4. З. Фрейд
7. Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием такого качества, как:
1. ригидность
 2. агрессивность
 3. способность к эмпатии
 4. тревожность
 5. впечатлительность
8. Синдром эмоционального сгорания - является следствием:
1. неуверенности в себе и повышенной ответственности
 2. избыточной впечатлительности
 3. профессиональной некомпетентности
 4. критика со стороны старших
 5. ограниченной ответственности
9. На протяжении фазы ориентации врач:
1. наблюдает невербальное поведение больного
 2. решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному
 3. формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска)
 4. ставит диагноз
 5. сообщает диагноз
10. Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности в условиях лечебного взаимодействия называется:
1. интерактивной толерантностью
 2. интерактивной компетентностью

4. коммуникативной возможностью
 5. коммуникативной толерантностью
 6. коммуникативной компетенцией
11. Сочетание таких качеств как эмоциональная дистанционированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, ориентация на технократический подход к лечению входит в структуру одного из следующих психологических типов врача:
1. сопереживающего
 2. эмоционально-нейтрального
 3. апатичного
 4. директивного
 5. не директивного
12. Профессиональная адаптация заключается в:
1. отработке практических навыков повышении уровня знаний
 2. установлении эмоциональной дистанции с больными
 3. совершенствовании профессионализма,
 4. установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными
 5. формировании индивидуального врачебного «имиджа»
13. Врач как больной - это:
1. благодарный пациент, который облегчает труд врача, который лечит
 2. такой же, как и остальные все пациенты
 3. самый «тяжелый» и «нетипичный» больной
 4. самый «типичный» больной
 5. беспокойный больной
14. Эмпатия - это:
1. способность к сочувствию, сопереживанию
 2. склонность к повышенному настроению
 3. склонность переживать чувство вины
 4. потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей
 5. неспособность к сочувствию, сопереживанию
15. В понятие «Идеального пациента» врач, как правило, включает все нижеследующие характеристики за исключением одной:
1. вера и отсутствие сомнений в силах и умениях врача, который лечит
 2. готовность беспрекословно выполнять назначение
 3. умение сжало и четко выражать проблему и жалобы
 4. хорошая осведомленность в медицинских вопросах
 5. имела осведомленность в медицинских вопросах
16. Партнерская модель взаимоотношений врач - больной широко используется в:
1. клинике внутренних болезней
 2. акушерстве и гинекологии
 3. психиатрии и неврологии
 4. психотерапии
17. Коммуникативная компетентность врача снижается под воздействием следующих свойств:
1. эмпатия
 2. повышенная тревожность
 3. уверенность поведения
 4. сензитивность
18. Ощущение психологического контакта дает элемент невербального общения:
1. взгляд в глаза
 2. жест приветствия
 3. поворот корпуса тела в сторону больного
 4. кивок головой
19. Соматозогнозия - это:

1. невротичная реакция на болезнь
 2. невроз у соматического больного
 3. осознание тяжести болезни
 4. неосознание наличия болезни
 5. ничто из перечисленного
20. Как называется интервью, в ходе которого вопросы терапевта определяются состоянием
1. пациента и его предыдущими ответами:
 2. клинический тест
 3. ассоциативное интервью
 4. неформальный опрос
 5. не структурированное интервью
 6. структурированное интервью

3.2. Задания для подготовки к практическим занятиям

1 семестр

Практическое занятие № 1

Тема 1.1. Введение в медицинскую психологию.

Ситуационное задание 1.

Клинический психолог решил изучить влияние черепно-мозговой травмы (ЧМТ) на личностные особенности людей. Выборку составили пациенты неврологического отделения разного пола и возраста, пребывающие в отделении в результате ЧМТ с различной степени тяжести. Для исследования личностных особенностей исследователь выбрал ряд надежных тестов: ММРІ, 16-факторный опросник Р. Кэттела, тест личностной и ситуативной тревожности Спилбергера–Ханина, методику ТОБОЛ. На утреннем обходе клинический психолог раздал тесты испытуемым, указав, что их необходимо заполнить и сдать ему через 2 часа. Испытуемые сдали заполненные бланки только к вечеру, объясняя задержку длительностью выполнения, необходимостью выполнения медицинских процедур и прочими причинами. При обработке результатов исследователь столкнулся с тем, что испытуемые ответили не на все вопросы.

Обработав полученные результаты, исследователь сравнил результаты испытуемых с имеющимися в руководствах по применению использованных им психодиагностическим методам статистическими нормами. Ободренный большим количеством значимых различий (между результатами в группе испытуемых и статистическими нормами), психолог написал статью и отправил ее в научный журнал. Статья была отклонена.

Вопросы:

1. Какие методологические принципы нарушил, а какие реализовал исследователь?
2. Сформулируйте тему, проблему, объект, предмет, цель и задачи исследования. Укажите переменные и сформулируйте гипотезу исследования для данного примера.
3. Какой экспериментальный план реализовал (или пытался реализовать) исследователь?
4. Какие ошибки планирования и проведения эксперимента допустил исследователь?
5. Опишите, как следовало спланировать и провести данное исследование.

Ситуационное задание 2.

Пациент Л., проходивший обследование, выполнил методику диагностики показателей и форм агрессии А. Баса и А. Дарки. При анализе данных были получены следующие результаты: по

шкале «Физическая агрессия» - 8 баллов, по шкале «Вербальная агрессия» - 9 баллов, по шкале «Косвенная агрессия» - 10 баллов, по шкале «Подозрительность» - 6 баллов, по шкале «Обида» - 9 баллов. По шкале «Раздражение» и «Подозрительности» были получены высокие результаты. По шкале «Негативизм» был получен результат — 5 баллов.

Вопросы:

1. Назовите границы норм агрессивности и враждебности.
2. Рассчитайте индекс агрессивности. Дайте краткую характеристику полученным данным.
3. Рассчитайте индекс враждебности. Дайте краткую характеристику полученным данным.
4. О чем свидетельствуют высокие результаты в данном случае по шкалам? Дайте характеристику каждой шкале.
5. Охарактеризуйте шкалу «Негативизма» по полученному результату. О чем свидетельствует полученный результат?

Практическое занятие № 2

Тема 1.2. Этика и деонтология в работе врача

Ситуационное задание 1.

За психологической помощью обратилась женщина. Жалоба: повышенная раздражительность дочери-подростка. Попытки сдерживать себя успеха не приносят, отношения портятся. Первоначальный запрос: помогите мне не раздражаться на дочь. Прделанная с психологом работа позволила понять, что проблема не в подростковом возрасте дочери, а в недавнем переходе клиентки на новую работу. В связи с чем у неё возник бессознательный внутренний конфликт между любовью и беспокойством за дочь и желанием утвердить себя в работе.

Новая деятельность занимает немалую часть времени и душевных сил, которые раньше тратились на дочку. Это вызывает тревогу за дочь, чувство вины и ощущение безысходности. В результате чего раздражение начинает вызывать ребенок, ведь «если бы не было заботы о дочери, не было бы никаких внутренних проблем!» Результатом работы явилось то, что произошло само осознание бессознательного ранее внутреннего конфликта. Совместно с психологом было найдено решение: найти в плотном графике работы время и «закрепить» его за общением с дочерью. И как бы клиентка не была загружена, это время посвящать дочери.

Вопросы:

1. Истинный ли первоначальный запрос клиентки?
2. Как изменился запрос в процессе работы?
3. Какие технологии прояснения истинного экологичного запроса целесообразно использовать?
4. В рамках какого направления психотерапии работа будет наиболее эффективна?
5. Чем можно объяснить наличие бессознательного внутреннего конфликта у клиентки?

Ситуационное задание 2.

Несовершеннолетнюю Н. изнасиловали, заманив в пустующий дом, знакомый подросток И. и его пятеро друзей. Он позвал Н. в отдельную комнату и предложил вступить с ним в половую связь, но Н. отказалась. Тогда И. пригрозил физической расправой, а также сказал, что если она не согласится с ним, то совершат половые акты все остальные по очереди и расскажут об этом в поселке, и будет она «как сестры С.» (известные в поселке проститутки); И. совершил с ней половой акт, а после этого с ней совершили половые акты остальные по очереди. Как показало следствие, потерпевшая активного сопротивления насильникам не оказывала, лежала в практически неизменяемой позе, не поправляла одежду, не реагировала на оскорбления, просила только, чтобы ее отпустили. В процессе проведения судебно-психологической экспертизы было выявлено, что у несовершеннолетней проявляется лабильный тип акцентуации характера.

Согласно материалам уголовного дела, в 12 лет под экспертная была изнасилована мужем тети, случившееся переживала тяжело (считала, что «никому теперь не нужна»). Уступчива, «за себя постоять не может». В рассматриваемом случае можно говорить о формировании характерологических особенностей личности на фоне детской сексуальной травмы. Опыта разрешения конфликтных ситуаций не имела, воспитывалась властной матерью, все решающей за нее, была несамостоятельна. В данном случае наряду с физическим насилием имело место и психическое насилие (угрозы, давление, шантаж), на помощь извне рассчитывать не приходилось.

Вопросы:

- 1) Охарактеризуйте лабильный тип акцентуации. Как он проявляется в описанной задаче?
- 2) Означает ли то, что Н. не сопротивлялась во время изнасилования ее добровольное согласие? Если нет, то почему?
- 3) Опишите индивидуально-психологические характеристики Н.
- 4) Понимала ли Н. характер совершаемых с нею действий?
- 5) Какие вопросы решаются в рамках СПЭ индивидуально-психологических особенностей личности?

Практическое занятие № 3

Тема 1.3. Психология больного

Ситуационное задание 1.

Юрий П., 36 лет, выходец из Закарпатской области.

С детства был нелюбимым сыном у отца, часто подвергался физическим наказаниям. В первый год службы в армии потерял мать, которую очень любил. Мать умерла в 40 лет вскоре после операции по поводу язвенной болезни. (Семейная история свидетельствует о том, что отец потребовал интимных отношений, когда у нее еще не были сняты швы.) От первого брака у Юрия было трое детей. Прожив с первой женой семь лет, Юрий уехал от нее после очередного конфликта, связанного с ее равнодушным отношением к его потребностям. Разыскал проживавшую в Латвии одноклассницу, которая также с тремя детьми уехала от мужа, и женился на ней. Вскоре в связи с распадом СССР они вынуждены были уехать в Псковскую область. Юрий воспитывал пасынков как родных детей, хотя жена периодически говорила, что наказывать неродных детей нельзя. Спустя два года родился совместный ребенок. Идеализация второй жены, напоминавшей по характеру умершую мать и имевшей такое же имя, вскоре начала проходить. Жена препятствовала общению с друзьями, пилила его за употребление алкоголя. Когда младшему ребенку исполнилось три года, у него была диагностирована бронхиальная астма, а Юрий начал страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Каждый год он проходил курс лечения медикаментами, ему неоднократно предлагалась операция. В случайной беседе с психотерапевтом Юрий рассказал, что он постоянно испытывает чувство внутренней пустоты и дефицит общения, потерял контакт с братьями, нет друга, с которым мог бы поделиться своими переживаниями, жена осуществляет тотальный контроль над его общением (в рассказе именуется «моя ментовка»). Дети, которых он вырастил как своих, игнорируют его мнение, а младший сын избалован из-за своей болезни. Кроме того, он испытывает чувство вины перед своими родными детьми от первого брака. «Бывает желание уйти в поле и напиться. Иногда напиваюсь назло жене».

Вопросы:

1. Дайте определение конверсионному расстройству.
2. В рамках какого типа заболеваний принято рассматривать соматоформные расстройства в отечественной психиатрии.
3. Каким факторам придается наибольшее значение в генезе соматоформных расстройств.
4. Чем соматоформное расстройство отличается от психосоматического (согласно DSMIV)?
5. Определите мишени психологического воздействия.

Ситуационное задание 2.

Вера, 37 лет. Вера — руководитель психологической службы в одном из провинциальных городов. Находясь на конференции в Санкт-Петербурге, обратилась за психотерапевтической помощью. Ее беспокоили спазмы сосудов верхней конечности (установлен диагноз «синдром Рейно»), боли в суставах нижних конечностей, начинающиеся признаки профессионального выгорания. Так как она не могла пребывать более трех дней в Петербурге (заявка на краткосрочную терапию), задачей терапевта было максимально быстро провести диагностику и сосредоточить свои усилия на ядерной конфликтной теме или основных конфликтах пациентки. Выбор остановился на методике «Карта ума» (см. рис. 3 цветной вклейки). Вере было предложено использовать карандаши, цветные мелки, игрушки и кататимные предметы. Кататимные предметы — любые подручные средства, способные символизировать какие-либо части личности или внутренние и внешние объекты. В центре листа она поместила свою ведущую проблему «Идеализация». С ней было связано жесткое воспитание матери-бухгалтера (книга с правилами), пытавшаяся во взрослом возрасте ее контролировать. Отец, военный, дома не имел своего слова, ему предназначалась роль «якоря» при матери. В юности в своей личности она отмечает следующие части «Я». «Военный» — это организованная часть (от отца), «Королева» —

желание одеваться и выглядеть элегантно, «Девочка Элли» — идеализирующая ее часть, представлявшая, что стоит стукнуть хрустальным башмачком, и все желания исполнятся. Наконец, «Тигрица» — это часть личности отражает непредсказуемые вспышки гнева и возможность за себя постоять. Выйдя с таким набором в жизнь, Вера не была счастлива с первым женихом («мишка»), не вернувшимся к ней после армии и в трех последующих браках (от первого и от второго брака имеет по ребенку). Последний муж страдал сахарным диабетом, имел ипохондрические переживания, практически не работал («тюфяк» на рисунке). Она не разводится с ним, жалеет. На горизонте появился другой мужчина («упакованный Человек-Паук»), недавно отсидевший срок за ДТП. Он был ее пациентом на консультации, в настоящее время успешно занимается бизнесом и предлагает выйти за нее замуж. К нему ее притягивает как «кролика к удаву». Свои части «Я» на листе ватмана она обозначила следующим образом. «Пистолет» — «это мой несносный характер, от которого можно застрелиться». «Свисток» — сторожевая, тревожная часть. «Скорпион» — творческая часть, склонная к самокопанию. «Девочка Элли» также сохранилась, как и агрессивная часть. Вот с таким «путеводителем» мы с Верой провели трехдневную экскурсию по наиболее значимым для нее отношениям: с миром, с самой собой, с мужчинами.

Вопросы:

1. Каких подходов должен придерживаться интервьюер вначале для выяснения личной истории пациентки?
2. С чего начинается и что включает в себя личная история пациентки?
3. С позиции психодинамической диагностики психосоматических расстройств какие группы аффектов наблюдаются у пациентки?
4. В каком контексте необходимо изучать аффекты у психосоматических пациентов?
5. Определите мишени психологического воздействия.

Практическое занятие № 4

Тема 1.4. Биологические основы индивидуальности. Виды темперамента.

Ситуационное задание 1.

Больной П., 1962 г.р. Жалобы на головные боли в лобной области сжимающего характера. При расспросе отмечает снижение памяти, настроения. Страдает гипертонической болезнью. Во время исследования безынициативен, инертен, немногословен. На вопросы отвечает

формально, чаще односложно. Не все инструкции понимает с первого раза, задания выполняет без интереса, в замедленном темпе.

Результатами не интересуется. Эмоционально невыразителен, фон настроения устойчивый.

Критическое отношение к заболеванию формальное.

При исследовании внимания пробу на серийный отсчет выполнял очень медленно, резко увеличены латентные периоды (20-25 сек), ошибки в единицах при переходе через десяток самостоятельно не исправлял. Кривая запоминания 10 слов 3,3,3; отсроченное воспроизведение 3 слова. В методике «Пиктограммы» выражены затруднения при опосредовании абстрактных понятий, медленно опосредует только ситуационного содержания. Линии, контуры нечеткие, образы размытые, незавершенные. Воспроизвел 30% понятий. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в пробе на сравнение пар понятий использовал для сравнения внешние признаки («озеро маленькое, река большая»), в пробе на исключение лишнего предмета наряду с существенными и категориальными признаками («зонт лишний, барабан, пистолет и фуражка – атрибуты военного») часто объединял попарно, затруднялся что-либо исключить. Конструктивный праксис значительно замедлен, доступен сбор простых орнаментов методики «Кубики Кооса».

Вопросы:

1. Какие выводы можно сделать из описания психического статуса больного?
2. Назовите имеющиеся нарушения внимания.
3. Дайте квалификацию результатам методики «Сравнение понятий».
4. Какова степень нарушений интеллектуально-мнестической сферы?
5. Выделите ведущий патопсихологический синдром.

Ситуационное задание 2.

Андрей Ю., 40 лет. Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. При случайном посещении психотерапевтической группы родителей подростков во время психодраматической постановки его сна удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять страх и гнев. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стон. Применяв прием вербального отражения и усиления его звуков, удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы «прессовал» в бессознательном. После проведения психотерапии в течение двух последующих лет неврологической симптоматики не наблюдалось.

Вопросы:

1. Постройте первичные гипотезы появления проблем пациента.
2. Перечислите основные факторы и источники дисфункции пациента.
3. Каковы проблемы адаптации-дезадаптации могут отражаться через симптомы психосоматических расстройств?
4. Какие вопросы решаются в процессе психологического обследования?
5. Определите мишени психологического воздействия.

Практическое занятие № 5 **Тема 1.5. Неврозы, виды. Шизофрения**

Ситуационное задание 1.

Великий русский писатель Ф.М. Достоевский страдал приступообразным расстройством, внешние проявления которого имели разный характер в разные возрастные периоды.

Один из таких приступов обычно заключался в потере сознания и подергиваниях конечностей. Потере сознания предшествовали мгновения ощущения невероятного, райского блаженства. Об этих мгновениях критик Н.Н. Страхов писал с его слов: «На несколько мгновений я испытываю такое счастье, которое невозможно в обыкновенном состоянии, и о котором не федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России) Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре²⁷ имеют понятия другие люди. Я чувствую полную гармонию в себе и во всем мире и это чувство так сильно и сладко, что за несколько секунд такого блаженства можно отдать десять лет жизни, пожалуй, всю жизнь».

Вопросы:

1. Укажите синдром.
2. Определите в неврологических терминах форму нарушений с ощущением блаженства перед потерей сознания.
3. Укажите мероприятия первой помощи при развитии указанных нарушений.
4. Посоветуйте основные диагностические мероприятия по обследованию.
5. Какие дополнительные методы обследования могут помочь в подтверждении диагноза?

Ситуационное задание 2.

Николай С., 18 лет. Николай С., страдавший язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, прошел годичное лечение у психоаналитика без особого успеха. Он с детства обладал повышенной чувствительностью, но большинство проблем началось со смертью его матери; на тот момент ему исполнилось 16 лет. В своей памяти он хранил много светлых воспоминаний, связанных с матерью, и ту историю, которую мама часто рассказывала ему перед сном. В ней говорилось о теплой стране Италии, где редко бывает снег и растут апельсины. Он вспомнил даже слова песни: «Мы поедem в Италию, купим себе там сандалии, прыгать будем, бегать будем, в зиму голод забудем». Это воспоминание ассоциировалось у Николая с ощущением душевного покоя. Ему было предложено окунаться в этот образ один раз в день, а, кроме того, читать книги Джанни Родари, смотреть детские фильмы, где упоминается эта страна. В его лечении присутствовали и другие компоненты: он учился новым, более полезным для себя видам поведения, более зрелому подходу к своим эмоциям; учился развенчивать иррациональные установки и более открыто и эффективно общаться с людьми. Однако серьезное улучшение состояния пациента стало результатом его «путешествий». Катамнез через год. Николай женился, и они с женой ждут ребенка.

Вопросы:

1. На какие виды психологических защит опирается пациент невротического уровня, согласно современным психоаналитическим представлениям?
2. Перечислите существующие виды типологических измерений.
3. Перечислите существующие уровни развития личности.
4. На каком уровне развития личности находится Николай?
5. Определите мишени психологического воздействия.

Практическое занятие № 6 **Тема 1.6. Личностные факторы. Стресс**

Ситуационное задание 1.

Больная М., 36 лет. Заболела после смерти отца. Снизилось настроение, винила себя в том, что не справляется с работой, много говорила о никчемности жизни. Будучи в таком состоянии перерезала себе вены. При поступлении в психиатрическую больницу была подавлена,

заявляла, что она преступница. Временами становилась беспокойной, утверждала, что вокруг идет какая-то игра, имеющая к ней отношение. Считала, что недоброжелатели гипнозом вкладывают ей в голову чужие мысли. В результате лечения через 2 месяца полностью вышла из психоза. В течение пяти лет к психиатрам не обращается. Работает старшим инженером, с обязанностями справляется. Критически оценивает перенесенное состояние. Отмечает некоторую утомленность, нелюдимость.

Вопросы:

1. Перечислите ведущие синдромы.
 2. О каком заболевании свидетельствуют описанные проявления?
 3. Охарактеризуйте изменения личности при шизофрении?
 4. При каком типе течения шизофрении наблюдаются полные, качественные ремиссии
- федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России) Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 28
5. Показаны ли психокоррекционные мероприятия больному?

Ситуационное задание 2.

В Перинатальный Центр поступила женщина 25 лет, которая сразу же после родов изъявила желание оформить отказ от своего новорожденного ребенка (из анамнестических данных известно, что женщина соматически здорова, не страдает психическими заболеваниями, вредных привычек нет, социально-психологическая ситуация: высшее образование, приехала из Иркутской области в поисках работы к подруге, познакомилась с парнем, забеременела, на учете по беременности не состояла, в Иркутске с ее родителями-пенсионерами остался 3-х летний ребенок). Женщина считает, что ничего не может дать своему первому ребенку и второй ей пока не нужен.

Вопросы:

1. Какие методики целесообразно подобрать для объективной оценки эмоционально личностной сферы женщины?
2. Какой уровень субъективного контроля может быть выявлен по методике УСК Роттера?
3. Перечислите типы диагностических методик?
4. Какие этапы выделяют в психодиагностическом обследовании?
5. Области применения опросника Кеттела?

Практическое занятие № 7

Тема 1.7. Нейропсихология. Виды афазии.

Ситуационное задание 1.

Юрий К., 18 лет. Отца не знает — тот давно оставил семью. Мать страдает хроническим алкоголизмом, лечилась в психиатрической больнице. Рос и развивался без особенностей. Воспитывался дедом по матери, был под его влиянием послушен, старательно учился, в младших классах был отличником. В возрасте 13 лет лишился деда, умершего от инфаркта. Тяжело переживал его смерть, почувствовал себя одиноким, оказался предоставленным себе. Стал гулять во дворе, выпивать с приятелями, пошел на выпивки легко — «мать всегда пьяна». Запустил учебу, в 9-м классе был оставлен на второй год, бросил школу. Хотел поступить в ПТУ, где учились его товарищи по двору, но не был принят из-за тяжелого астигматизма. В другое ПТУ «к чужим ребятам» идти не захотел. Мать устроила его грузчиком к своей приятельнице — заведующей винным магазином. Оказался в компании пожилых алкоголиков. За разгрузку товара почти ежедневно получал по пол-литра водки. Стал пить все больше и

больше. Последние полгода ежедневно выпивал до 700—800 г водки. Исчез рвотный рефлекс при передозировке, появилась потребность опохмеляться по утрам. После интенсивной алкоголизации на праздниках развился алкогольный делирий. Показалось, что старший брат с топором ворвался к нему, чтобы его убить. В страхе бросился в милицию за помощью. Оттуда доставлен в подростковую психиатрическую клинику. После купирования делирия аминазином был послушен, режима не нарушал, участвовал в трудовых процессах, критически оценил перенесенный психоз. Сам изъявил желание лечиться от алкоголизма («мать тоже лечилась — потом долго не пила»).

Вопросы:

1. Какой тип девиантного поведения имеет место в данном случае?
2. Какие наблюдаемые клинические формы девиаций преобладают?
3. Укажите возможный вариант расстройства личности и поведения по МКБ-10.
4. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?
5. Классификация видов отклоняющегося поведения.

Ситуационное задание 2.

Больная Г., 53 года. До госпитализации работала учителем истории в школе.

Жалоб активно не предъявляет. Дезориентирована в месте, времени, на прием доставлена в сопровождении мужа. Во время исследования на вопросы отвечает не сразу, часто не понимает их смысл. Может сообщить скудные сведения о себе, не помнит возраст дочерей, внуков, путается в датах. Речь обеднена, некоторые слова выговаривает с трудом. Крайне эмоционально не - федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России) Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 29 устойчива, резко переходит от спокойного состояния до плача «навзрыд» без малейшего повода. Инструкции к заданиям не удерживает, сразу забывает, часто не понимает их смысл, темп выполнения значительно замедлен. Выполняет только простые методики, при обнаружении ошибок плачет, просить простить ее за несостоятельность. При исследовании внимания по таблицам Шульте скорость поиска чисел замедлена, забывает на чем остановилась, до конца выполнить не смогла. Пробы на серийный отсчет от 100 по 7, от 50 по 3 недоступны выполнению. При исследовании механической памяти кривая запоминания 10 слов: 3,3,3,4. Отмечается феномен края, воспроизводит 3 последних предъявленных слова. Отсроченное воспроизведение 1 слово. На протяжении обследования обнаруживает явления фиксационной амнезии. Исследовать опосредованное запоминание не удалось, больная не смогла нарисовать рисунки даже к простым понятиям. При исследовании абстрактно логического и понятийного мышления в пробе на исключение лишнего предмета не понимает смысл задания, выбор лишнего носит случайный характер, обосновать затрудняется, иногда исключает часто используемые ею в быту предметы («выбираю будильник, он нас будит»). В методике «Классификация» не может дать название некоторым изображенным предметам, но знает их функциональное предназначение, несколько раз приходится повторять инструкцию. В методике на сравнение пар понятий не могла найти ни сходство, ни отличие даже простых понятий. Письмо под диктовку частично нарушено, наблюдаются грамматические ошибки, пропуски букв, повторение одних и тех же элементов в разных буквах, сохранна автоматизированная письменная речь (правильно пишет только свои фамилию, имя и отчество). Элементарные счетные операции не выполняет. Конструктивный праксис резко нарушен (не собирает даже простые орнаменты кубики Кооса, фигуры из спичек по образцу).

Вопросы:

1. Дайте квалификацию расстройствам памяти у Г.
2. Обозначьте нарушения мышления, речи.

3. Сформулируйте заключение по данным экспериментально-психологического заключения.
4. Выделите ведущий патопсихологический синдром.
5. В пользу какого диагноза свидетельствуют выявленные нарушения?

Практическое занятие № 8

Тема 1.8. Психологические аспекты боли.

Ситуационное задание 1.

Преподаватель А. - высококвалифицированный специалист с большими потенциальными возможностями. Заведующий кафедрой возлагал на него большие надежды по разработке и постановке одного из новых учебных курсов. Однако А. никакой активности не проявляет. К учебному процессу относится достаточно прохладно, без явного интереса. О причинах своего отношения ничего не говорит.

Определите, какие психологические явления имели место.

Ситуационное задание 2.

Больная М., 36 лет. Заболела после смерти отца. Снизилось настроение, винила себя в том, что не справляется с работой, много говорила о никчемности жизни. Будучи в таком состоянии перерезала себе вены. При поступлении в психиатрическую больницу была подавлена, заявляла, что она преступница. Временами становилась беспокойной, утверждала, что вокруг идет какая-то игра, имеющая к ней отношение. Считала, что недоброжелатели гипнозом вкладывают ей в голову чужие мысли. В результате лечения через 2 месяца полностью вышла из психоза. В течение пяти лет к психиатрам не обращается. Работает старшим инженером, с обязанностями справляется. Критически оценивает перенесенное состояние. Отмечает некоторую утомленность, нелюдимость.

Вопросы:

1. Перечислите ведущие синдромы.
2. О каком заболевании свидетельствуют описанные проявления?
3. Присутствовали ли у нее аспекты боли?

3.3. Задания для подготовки к экзамену

Экзамен учебным планом не предусмотрен.

4. Критерии оценок деятельности обучающихся при освоении учебного материала

Виды контроля	Формы проведения	Вид контрольно-диагностической (оценочной) процедуры	Система оценивания	Критерии оценивания
Текущий контроль	<p>Опрос.</p> <p>Выполнение ситуационных заданий.</p> <p>Демонстрация сообщений, докладов, презентаций.</p>	<p>Опрос по контрольным вопросам для самостоятельной подготовки к занятию.</p> <p>Собеседование по результатам выполнения ситуационных заданий.</p> <p>Обсуждение сообщений, докладов, презентаций.</p>	Пятибалльная система	<p><u>Критерии оценки при опросе:</u></p> <p>«Отлично» - вопрос раскрыт в полном объеме, обучающийся умеет систематизировать, обобщать и применять знания в смежных дисциплинах.</p> <p>«Хорошо» - вопрос раскрыт практически в полном объеме, имеются небольшие недочеты.</p> <p>«Удовлетворительно» - вопрос раскрыт частично, имеются значительные недочеты.</p> <p>«Неудовлетворительно» - вопрос не раскрыт, имеются грубые ошибки.</p> <p><u>Критерии оценок выполнения ситуационных заданий:</u></p> <p>«Отлично» - уверенное и точное владение приемами работ, самостоятельное выполнение работ и самоконтроль за выполнением действия; работы выполняются в соответствии с требованиями нормативной документации, а также с учетом норм времени; соблюдение требований безопасности труда;</p> <p>«Хорошо» - возможны отдельные несущественные ошибки при применении приемов работ, исправляемые самим обучающимся; самостоятельное выполнение работ при несущественной помощи и самоконтроль за выполнением действий;</p> <p>работы выполняются в основном в соответствии с требованиями нормативной документации с несущественными ошибками, но в рамках норм времени; соблюдаются требования безопасности труда;</p> <p>«Удовлетворительно» - недостаточное владение приемами работ; самоконтроль за выполнением действий при овладении приемами работ с помощью; работы выполняются в основном в соответствии с требованиями нормативной документации с несущественными ошибками; допускаются незначительные отклонения от установленных норм времени; соблюдение требований безопасности труда;</p> <p>«Неудовлетворительно» - неточное выполнение приемов работ; контроль выполненных работ с существенными ошибками, неумение осуществлять контроль; невыполнение норм времени и нарушение требований безопасности труда.</p> <p><u>Критерии оценок сообщений и докладов:</u></p> <p>«Отлично» - учебный материал освоен обучающимся в полном объеме, легко ориентируется в материале, полно и аргументировано отвечает на дополнительные вопросы, излагает материал логически последовательно, делает самостоятельные выводы, умозаключения, демонстрирует кругозор, использует материал из дополнительных источников, интернет ресурсы.</p>

				<p>Сообщение носит исследовательский характер. Речь характеризуется эмоциональной выразительностью, четкой дикцией, стилистической и орфоэпической грамотностью. Использует наглядный материал (раздаточный материал, презентация).</p> <p>«Хорошо» - по своим характеристикам сообщение соответствует характеристикам отличного ответа, но обучающийся может испытывать некоторые затруднения в ответах на дополнительные вопросы, допускать некоторые погрешности в речи.</p> <p>«Удовлетворительно» - обучающийся испытывал трудности в подборе материала, его структурировании. Пользовался, в основном, учебной литературой, не использовал дополнительные источники информации. Не может ответить на дополнительные вопросы по теме сообщения. Материал излагает не последовательно, не устанавливает логические связи, затрудняется в формулировке выводов. Допускает стилистические и орфоэпические ошибки.</p> <p>«Неудовлетворительно» - сообщение обучающимся не подготовлено либо подготовлено по одному источнику</p>
Промежуточная аттестация	Зачет в 1 семестре	1 этап – тестирование (компьютерное тестирование / письменный вариант)	Дихотомическая шкала	<p><u>При тестировании:</u></p> <p>«Зачтено» - 70% и более правильных ответов, «Не зачтено» - 69% и менее правильных ответов</p>

5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

Методические указания по освоению дисциплины размещены в ИЭОС ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Список основной и дополнительной литературы Основная литература

1. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: учебник / Ю.Г. Фролова. – Минск: Высшая школа, 2016. – 432 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=477464>
2. Клиническая психология [Электронный ресурс] / Сидоров П.И., Парняков А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии: учебное пособие / В.В. Нагаев. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2014. - 463 с. [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=448069>.
4. Мальцева, Т.В. Профессиональное психологическое консультирование: учебное пособие / Т.В. Мальцева, И.Е. Реуцкая. – Москва: Юнити, 2015. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=117055>.
5. Абабков В.А., Персонифицированная психотерапия [Электронный ресурс] / Абабков В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с.- Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html>

Дополнительная литература

1. Психиатрия [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444627.html>
2. Психопатологическая пропедевтика: методика диагностики психических расстройств [Электронный ресурс] / Букановская Т.И. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451045.html>
3. Психология [Электронный ресурс]: учебник / М. А. Лукацкий, М. Е. Остренкова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия Психологический компендиум врача)." - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425022.html>
4. Кулганов, В.А. Прикладная клиническая психология: учебное пособие / В.А. Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов. - Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012. - 444 с. [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=277334>.
5. Тополянский В.Д., Психосоматические расстройства [Электронный ресурс] / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435830.html>

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» www.rosmedlib.ru
2. Электронно-библиотечная система «Университетская библиотека онлайн» <http://biblioclub.ru/>