

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Абдрахманов Данияр Мавляирович
Должность: ректор ГБОУ ВО «БашГУ»
Дата подписания: 08.06.2026 09:40:48
Уникальный программный ключ:
6caf317d71a2c7d2f749ed2578795b66901352dd

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Башкирская академия государственной службы и управления
при Главе Республики Башкортостан»
Кафедра социально-гуманитарных дисциплин и цифровых технологий

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.О.27 Основы клинической психологии

Уровень высшего образования

БАКАЛАВРИАТ

Направление подготовки

37.03.01 Психология

Направленность (профиль)

Организационная психология

Форма обучения

очно-заочная

Уфа 2025

Рабочая программа дисциплины Б1.О.27 «Основы клинической психологии»/сост. Е.А. Плеханова - Уфа: ГБОУ ВО «БАГСУ», 2025 год

Рабочая программа предназначена для обучающихся очно-заочной формы обучения по направлению подготовки 37.03.01 Психология

РЕКОМЕНДОВАНА заседанием кафедры социально-гуманитарных дисциплин и информационных технологий, протокол № 1 от "11" сентября 2025г.

Заведующий кафедрой социально-гуманитарных дисциплин и цифровых технологий _____ А.Г.Уляева

© Плеханова Е. А., 2025год

© ГБОУ ВО «БАГСУ», год 2025

Содержание

1 Цели и задачи освоения дисциплины	4
2 Место дисциплины в структуре образовательной программы	4
3 Требования к результатам обучения по дисциплине	4
4 Структура и содержание дисциплины	5
4.1 Структура дисциплины	5
4.2 Содержание разделов дисциплины	6
4.3 Курсовой проект (курсовая работа)	7
5 Учебно-методическое обеспечение дисциплины	8
5.1 Основная литература	8
5.2 Дополнительная литература	8
5.3 Периодические издания	8
5.4 Интернет-ресурсы	8
5.5 Методические указания к практическим занятиям (семинарам)	8
5.6 Методические указания к курсовому проектированию и другим видам самостоятельной работы	9
5.7 Программное обеспечение, профессиональные базы данных и информационные справочные системы современных информационных технологий	9
6 Материально-техническое обеспечение дисциплины	10
Приложения:	
Фонд оценочных средств	
Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	

1. Цели и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины «Основы клинической психологии» является формирование у студентов научных представлений о клинической психологии как области психологии, истории ее развития и актуальном состоянии; основных теоретических проблемах и практических задачах, решаемых клиническим психологом; деонтологии, методологии, методах и категориальном аппарате клинической психологии; основных направлениях клинической психологии; а также формирование умений и навыков практической работы в области клинической психологии с целью самостоятельного расширения профессиональных знаний.

Задачи:

- сформировать систему знаний об объекте, предмете, целях и задачах клинической психологии в соотношении со смежными областями психологии и смежными медицинскими дисциплинами; об истории развития, современном состоянии, основных теоретических проблемах и методах клинической психологии; психологическом консультировании лиц с дезадаптивными состояниями;
- сформировать/развить умения использовать категориальный аппарат клинической психологии;
- сформировать готовность и способность соблюдать правовые и этические принципы работы клинического психолога в научно-исследовательской и клиникопрактической сферах деятельности;

2. Требования к результатам обучения по дисциплине

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих результатов обучения:

Код компетенции	Содержание компетенции (или её части)	Индикаторы компетенций	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций
ОПК-5	Способен выполнять организационную и техническую работу в реализации конкретных мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера	ОПК – 5.1 Знает основные техники при реализации мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера; ОПК – 5.2 Проводит мероприятия профилактического, развивающего,	<u>Знать:</u> совокупность приемов и методов при реализации мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера <u>Уметь:</u> применять на практике мероприятия профилактического, развивающего, коррекционного или

		коррекционного или реабилитационного характера	реабилитационного характера <u>Владеть навыками:</u> диагностики и психологического консультирования лиц с дезадаптивными состояниями
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 Определяет конкретные формы психологической помощи; ОПК – 4.2 Самостоятельно выявляет психологические проблемы отдельных лиц, групп населения, организаций; ОПК – 4.3 Организует психологическую помощь лицам с ограниченными возможностями здоровья	Знать: - совокупность приемов и методов для комплексного воздействия на уровень развития и функционирования познавательной и мотивационно-волевой сфер, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт с целью гармонизации психического функционирования человека Уметь: применять на практике совокупность приемов и методов для комплексного воздействия на уровень развития и функционирования познавательной и мотивационноволевой сфер, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт с целью гармонизации психического функционирования человека Владеть навыками: диагностики психического функционирования человека на каждом возрастном этапе, кроме того, навыками применения в практической деятельности различных концепций для решения задач обучения, воспитания и развития человека на различных возрастных этапах

2 Структура и содержание дисциплины

2.1 Структура дисциплины

2.1.1 Очно-заочная форма обучения

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов).

Вид работы	Трудоемкость, академических часов		
	8 семестр	9 семестр	всего
Общая трудоёмкость	72	36	108
Контактная работа:	10	8	18
Лекции (Л)	8		8
Практические занятия (ПЗ)	2	8	10
Самостоятельная работа:	62		24
- подготовка к практическим занятиям;	24		12
- самоподготовка (проработка и повторение лекционного материала и материала учебников и учебных пособий);	28		10
- подготовка к докладам	16		2
Вид итогового контроля			зачет

Разделы дисциплины, изучаемые в 8, 9 семестре

№ раздела	Наименование разделов	Количество часов			
		всего	аудиторная работа		внеауд. работа
			Л	ПЗ	
1	Предмет, задачи, структура клинической психологии	20	2	2	17
2	Основы семиотики, классификации психических болезней	20	2	2	17
3	Общая клиническая психология	20	2	2	18
4	Основные проблемы расстройства психики	20	1	2	17
5	Частные вопросы клинической психологии	28	1	2	17
	Итого:	108	8	10	86

2.2 Содержание разделов дисциплины

Раздел 1. Предмет, задачи, структура клинической психологии
 Определение основных понятий курса - клиническая психология, медицинская психология, патопсихология, психопатология. Клиническая психология - это область психологической науки, изучающей общие и частные закономерности нарушений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития. Позволяет проследить строение различных форм психической деятельности. Решение проблем распада и формирования психики
 Практические задачи клинической патопсихологии: Дифференциальная диагностика в психиатрии. Анализ и структуры и степени психических нарушений больного. Психолого-психиатрические экспертизы: трудовые, судебные, воинские. Становление клинической патопсихологии в России и за рубежом Становление экспериментальной психологии В. Вундта (конец XIX века), проведение первых психологических экспериментов в психиатрической клинике Крепелина.

Раздел 2. Основы семиотики, классификации психических болезней

Понятие здоровья по определению ВОЗ. Степени психического здоровья по С.Б. Семичеву: идеальное здоровье, среднестатистическое здоровье, конституциональное здоровье, акцентуация, предболезнь. Критерии психического здоровья (по ВОЗ). Определение болезни. Болезнь как филогенетически выработанная естественной защитной реакции организма на воздействие патогенных агентов. Структура нозологической единицы, врачебная диагностика. Признак болезни, симптом, симптомокомплекс, синдром, синдромокинез, синдромотаксис. Соотношение тяжести позитивных, негативных синдромов (по А.В. Снежневскому). Проблемы определения нормы и патологии психической деятельности. Сложность проблемы определения нормы и отклонения психической деятельности.

Раздел 3. Общая клиническая психология

Патопсихологические синдромы патологии чувственного познания. Патология памяти, внимания, воли и эмоций. Определение памяти. Функции памяти: запоминание, сохранение, воспроизведение. Виды памяти: оперативная, краткосрочная, долгосрочная. Варианты патологии памяти: дисмнезии (гипермнезии, гипомнезии, амнезии) и парамнезии (псевдореминесценции, криптомнезии, конфабуляции). Внимание, определение, виды внимания. Патология внимания: рассеянность, истощаемость, сужение, тугоподвижность, отвлекаемость внимания. Воля, определение. Мотивационный компонент волевого усилия. Волевые качества человека. Патология воли: угнетение, усиление, извращение. Навязчивые влечения и компульсии. Эмоции, определение. Эмоциональные проявления: чувственный тон, настроение, чувство, страсть, аффект, эмоционально-стрессовое состояние. Патология эмоций: позитивные и негативные симптомы.

Раздел 4. Основные проблемы расстройства психики

Бредовые идеи, определение. Критерии бреда. Типология бредовых идей: по структуре и по содержанию, и по структуре выделяют систематизированный (первичный, паранойяльный, интеллектуальный) и несистематизированный (вторичный, параноидный, чувственный) бред. По содержанию выделяют формы бреда с повышенной или пониженной самооценкой, персикуторный бред. Нарушение мышления по форме. Снижение и искажение процессов обобщения. Нарушение темпа мышления: ускорение и замедление. Нарушение подвижности мышления: детализация, обстоятельность, вязкость. Нарушение целенаправленности мышления: витиеватость, резонерство, соскальзывание, разноплановость, аморфность, разорванность. Нарушение грамматического строя: бессвязность.

Раздел 5. Частные вопросы клинической психологии

Эпилепсия, этиология, патогенез, клиника. Патопсихологический синдром эпилепсии. Нарушения эмоционально-волевой сферы, мышления, личности. Методы исследования. Неврозы, этиология, патогенез, клиника. Патопсихологический синдром невроза.

2.3 Практические занятия (семинары)

2.3.1 Очно-заочная форма обучения

№ занятия	№ раздела	Тема	Кол-во часов
1	1	Предмет, задачи, структура клинической психологии	2
2	2	Основы семиотики, классификации психических болезней	2
3	3	Общая клиническая психология	2
4	4	Основные проблемы расстройства психики	2
5	5	Частные вопросы клинической психологии	2
		Итого:	10

2.4 Курсовой проект (курсовая работа)

Курсовой проект (курсовая работа) по дисциплине не предусмотрен учебным планом.

3 Учебно-методическое обеспечение дисциплины

3.1 Основная литература

1. Астапов, В. М. Клиническая психология. Коморбидность тревоги и подростковой депрессивности: учебное пособие для вузов / В. М. Астапов, А. Н. Гасилина. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534- 07940-1. — URL: <https://urait.ru/bcode/516842>

2. Бехтерев, В. М. Введение в патологическую рефлексологию / В. М. Бехтерев. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 345 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-07616-5. — URL: <https://urait.ru/bcode/514757>

3. Бехтерев, В. М. Объективная психология / В. М. Бехтерев. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 551 с. — (Антология мысли). — ISBN 978- 5-534-07704-9. — URL: <https://urait.ru/bcode/514756>

4. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития: учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 312 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534- 03304-5. — URL: <https://urait.ru/bcode/513694>

5. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 166 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-11773-8. — URL: <https://urait.ru/bcode/518616>

6. Залевский, Г. В. Введение в клиническую психологию: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2025. — 192 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-10619-0. — URL: <https://urait.ru/bcode/517417>

3.2 Дополнительная литература

1. Колесник, Н. Т. Клиническая психология: учебник для вузов / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова; под редакцией Г. И. Ефремовой. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534- 02648-1. — URL: <https://urait.ru/bcode/510634>

2. Степанов, В. Г. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 112 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-11131-6. — URL: <https://urait.ru/bcode/515657>

3. Степанов, В. Г. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 112 с. — (Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-12303-6. — URL: <https://urait.ru/bcode/518217>

4. Цыганкова, П. В. Методы патопсихологической диагностики: методика "Пиктограмма": учебное пособие для вузов / П. В. Цыганкова, Е. М. Иванова. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 191 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14709-4. — URL: <https://urait.ru/bcode/520251>

3.3 Периодические издания

- 1 Социальная психология и общество. Портал психологических изданий <http://www.psyjournals.ru>
- 2 «Бизнес - журнал» журнал <http://www.business-magazine.ru/>

3.4 Интернет-ресурсы

- Словари и энциклопедии <http://psi.webzone.ru/>
- «Научная и популярная психология» Библиотека. Мастерская (Компьютерная психодиагностика, Психологический практикум) <http://www.psychology-online.net/>

- Практическая психология <http://psynet.narod.ru/main.htm>
- Наука и школа. URL: <http://elibrary.ru/issues.asp?id=8903>
- Специальное образование. 2013, № 1(29) [Электронный ресурс] / Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2013.
- 148 с. - Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru/index.php?page=book&id=139471>

3.5 Методические указания к практическим занятиям (семинарам)

Целью практических занятий является углубление и закрепление теоретических знаний, полученных студентами на лекциях и в процессе самостоятельного изучения учебного материала, а, следовательно, формирование у них определенных умений и навыков. В ходе подготовки к практическому занятию необходимо прочитать конспект лекции, изучить основную литературу, ознакомиться с дополнительной литературой.

3.6 Программное обеспечение, профессиональные базы данных и информационные справочные системы современных информационных технологий

В образовательном процессе применяются аудитории 314,403ц.

Аудитория 314.

Приложение: Microsoft Office 2010 Standart (договор поставки программного обеспечения № 303-ПО/2011 от 19.07.2011 г. (ООО "Абсолют-Информ"). Кол-во лицензий: 11 шт.)

- СПС "Консультант Плюс" (соглашение об информационной поддержке от 09.06.2016 г. (ООО Компания права "Респект", РИЦ 33. Кол-во лицензий: сетевая версия (неограниченно)).

5. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Академия на законном основании располагает материально-техническим обеспечением образовательной деятельности (помещениями и оборудованием) для реализации дисциплины.

Помещения представляют собой учебные аудитории для проведения учебных занятий (включая проведение текущего контроля успеваемости) и промежуточной аттестации, предусмотренных по дисциплине, оснащенные оборудованием и техническими средствами обучения.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Академии.

Допускается замена оборудования его виртуальными аналогами

Аудитория	Наименование объекта	Назначение	Перечень основного оборудования
304	Компьютерный класс. Кабинет информационных технологий в юридической деятельности	Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа (практических занятий, лабораторных работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации	- персональный компьютер – 13 шт. с выходом в Интернет; - принтер HP Color LJ Pro 200 M25 frw (CF147A) A4 цветной лазерный – 1 шт.; - проектор Beng MW526 DLP 3200Lm WXGA – 1 шт.; - экран на штативе 180x180см Dinon Tripod – 1 шт.; - доска маркерно - магнитная – 1 шт.; - доска классная - 1 шт.; - столы, стулья; (29 посадочных мест); - шкаф пенал - 1 шт.; - стол двухтумбовый - 1 шт.; - шкаф для документов закрытый 800*420*2100.
310	Компьютерный класс.	Помещение для самостоятельной работы	- персональный компьютер – 13 шт. с выходом в Интернет; - проектор EPSON EB - X500 – 1 шт.; - экран на штативе 180x180см Dinon Tripod – 1 шт.; - доска маркерно - магнитная – 1 шт.; - столы, стулья; (29 посадочных мест); - трибуна настольная – 1 шт.
404	Кабинет конституционного права	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, семинарского типа (практических занятий, лабораторных работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации	доска классная (1 шт.); - парты (34 шт.); - трибуна настольная – 1 шт.; - экран настенный MW – 1 шт.; - столы, стулья (68 посадочных мест); - шкаф для документов закрытый 800*420*2100.
406	Кабинет уголовного права и процесса	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, семинарского типа (практических занятий,	- доска классная (1 шт.); - доска маркерно-магнитная – 1 шт.; - проектор EPSON EB 530 (1024x768) (1 шт.); - экран для проектора (1 шт.);

		лабораторных работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации	- парты (12 шт.); - столы, стулья (24 посадочных мест); - трибуна настольная – 1 шт.; - шкаф для документов закрытый 800*420*2100.
--	--	--	---

К рабочей программе прилагаются:

- Фонд оценочных средств для проведения аттестации уровня сформированности компетенций обучающихся по дисциплине (модулю), который разрабатывается в виде отдельного документа.
- Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Башкирская академия государственной службы и управления
при Главе Республики Башкортостан»**

Кафедра менеджмента и социальной психологии

Фонд
оценочных средств
по дисциплине
Б1.О.30 Основы клинической психологии

БАКАЛАВРИАТ

Направление подготовки

37 03 01 Психология

Профиль: «Организационная психология»

Форма обучения:

очно-заочная

Уфа 2025

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний обучающихся по направлению подготовки 37 03 01 Психология по дисциплине Б1.О.30 «Основы клинической психологии»

Составитель: Е.А.Плеханова

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры социально-гуманитарных дисциплин и цифровых технологий

Заведующий кафедрой
социально-
гуманитарных
дисциплин и цифровых
технологий

Фонд оценочных средств является приложением к рабочей программе по дисциплине «Основы клинической психологии».

1. Основные сведения о дисциплине

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов).

Очно-заочная и заочная форма обучения

Вид работы	Трудоемкость, академических часов		
	8 семестр	9 семестр	всего
Общая трудоёмкость	72	36	108
Контактная работа:	10	8	18
Лекции (Л)	8		8
Практические занятия (ПЗ)	2	8	10
Самостоятельная работа:	62		24
- подготовка к практическим занятиям;	24		12
- самоподготовка (проработка и повторение лекционного материала и материала учебников и учебных пособий);	28		10
- подготовка к докладам	16		2
Вид итогового контроля			зачет

2 Требования к результатам обучения по дисциплине, формы их контроля и виды оценочных средств

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих результатов обучения

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Типы контроля
ОПК-4	Знать: - совокупность приемов и методов для комплексного воздействия на уровень развития и функционирования познавательной и мотивационно-волевой сфер, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт с целью гармонизации психического функционирования человека Уметь: - применять на практике совокупность приемов и методов для комплексного воздействия на уровень развития и функционирования познавательной и мотивационноволевой сфер, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт с целью гармонизации психического функционирования человека Владеть навыками: - диагностики психического функционирования человека на каждом возрастном этапе, кроме того, навыками	- Тестирование по лекционному материалу. - Беседа по заданной теме. - Письменные проверочные работы.

	применения в практической деятельности различных концепций для решения задач обучения, воспитания и развития человека на различных возрастных этапах	
ОПК-5	<u>Знать:</u> совокупность приемов и методов при реализации мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера <u>Уметь:</u> применять на практике мероприятия профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера <u>Владеть навыками:</u> диагностики и психологического консультирования лиц с дезадаптивными состояниями	- Беседа по заданной теме. - Письменные проверочные работы. - Тестирование по лекционному материалу.

Соответствие разделов (тем) дисциплины и контрольно-измерительных материалов и их количества

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) учебной дисциплины (модуля), практики, программы итоговой аттестации	Контрольно-измерительные материалы, количество заданий или вариантов			
		Тестовые задания	Типовые задачи/задания /вопросы	РГР (РГЗ)	Курсовой проект (проект)
1	Виды и типы коммуникаций	2	1/-/5	-	-
2	Преодоление коммуникативных барьеров в деловом общении	2	1/-/5	-	-
3	Преодоление конфликтов в деловом общении	2	1/-/8	-	-
4	Коммуникации в рабочей группе	2	1/-/6	-	-
5	Виды документационного обеспечение делового общения	2	2/-/6	-	-
	Всего	10	4/-/30	-	-

Оценочные средства для проверки освоения изученных компетенций

ОПК-5 ОПК-4

БЛОК 1

Тестовые задания

Выберите верный вариант ответа:

Вопрос 1:

Какой из следующих факторов является ключевым для ускорения процесса реабилитации пациентов после психологической травмы?

- A) Высокий уровень самоконтроля пациента
- B) Поддержка и участие со стороны социальной сети пациента
- C) Ограничение эмоциональной выразительности
- D) Применение стандартных терапевтических методик без адаптации

Вопрос 2:

Какое влияние оказывает эмпатия психолога на терапевтический процесс?

- A) Способствует повышению доверия и открытости пациента
- B) Увеличивает зависимость пациента от специалиста
- C) Снижает профессиональную дистанцию между психологом и пациентом
- D) Усиливает защитные механизмы пациента

Вопрос 3:

Какой подход в психотерапии обычно используется для постепенного уменьшения симптомов тревожного расстройства?

- A) Директивный метод
- B) Метод когнитивной реструктуризации
- C) Подход, основанный на подавлении эмоций
- D) Метод игнорирования тревожных симптомов

Вопрос 4:

Какой стиль коммуникации психолога наиболее эффективен для построения долгосрочных доверительных отношений с пациентом?

- A) Директивный стиль
- B) Авторитарный стиль
- C) Эмпатический и поддерживающий стиль
- D) Дистанцированный стиль

Ключ к тесту:

- 1. B
- 2. A
- 3. B
- 4. C

БЛОК 2

Вопросы на соотнесение

Вопрос 1:

Соотнесите психологические теории с их основными характеристиками.

Явления:

- 1. Теория психоанализа
- 2. Гуманистическая теория
- 3. Бихевиористская теория
- 4. Когнитивная теория

Определения:

- A) Фокус на самореализации и личностном росте
- B) Изучение наблюдаемого поведения через стимулы и реакции
- C) Подсознательные конфликты и ранний опыт как основа психики
- D) Изучение мыслительных процессов и схем восприятия

Вопрос 2:

Соотнесите виды психотерапии с их основными методами.

Явления:

1. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)
2. Психодинамическая терапия
3. Гештальт-терапия
4. Семейная терапия

Определения:

- А) Основа на интерпретации прошлых событий и подсознательных конфликтов
 - В) Применение методов осознания и интеграции личности
 - С) Терапия, нацеленная на изменение деструктивных мыслей и поведения
 - Д) Работа с отношениями и взаимодействиями между членами семьи
-

Вопрос 3:

Соотнесите виды расстройств с их характерными симптомами.

Явления:

1. Тревожное расстройство
2. Депрессивное расстройство
3. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)
4. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Определения:

- А) Постоянные навязчивые мысли и повторяющиеся ритуальные действия
 - В) Сильное и длительное чувство печали, потеря интереса к жизни
 - С) Симптомы тревоги и частые панические атаки
 - Д) Воспоминания о травме, гипервозбуждение и избегание триггеров
-

Вопрос 4:

Соотнесите диагностические подходы с их основными методами.

Явления:

1. Клиническое интервью
2. Психологическое тестирование
3. Наблюдение за поведением

4. Анкетирование

Определения:

- A) Использование стандартизированных тестов для оценки личности и когнитивных способностей
 - B) Систематический сбор информации на основе вопросов и ответов
 - C) Сбор данных через детализированные опросники
 - D) Наблюдение и анализ поведения в реальной среде или лабораторных условиях
-

Ключ к тесту:

Вопрос 1:

- 1 - C
- 2 - A
- 3 - B
- 4 - D

Вопрос 2:

- 1 - C
- 2 - A
- 3 - B
- 4 - D

Вопрос 3:

- 1 - C
- 2 - B
- 3 - A
- 4 - D

Вопрос 4:

- 1 - B
- 2 - A
- 3 - D
- 4 - C

БЛОК 3

Вопросы повышенной сложности открытого типа

Вопрос 1

Сравните когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и психоаналитическую терапию в работе с пациентами, страдающими от тревожных расстройств. Проанализируйте основные принципы и методы каждого подхода, а также определите, в каких ситуациях и для каких типов пациентов один из подходов

может быть более эффективным. Включите в свой ответ примеры реальных случаев, которые иллюстрируют эффективность каждого подхода.

Эталонный ответ:

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) направлена на изменение автоматических негативных мыслей и деструктивного поведения, которое поддерживает тревогу. Этот подход полезен в краткосрочной перспективе, поскольку предоставляет структурированные шаги для пациента, которые способствуют постепенному улучшению состояния. КПТ ориентирована на обучение новым навыкам и техникам, таким как дыхательные упражнения и техники осознанности, что помогает контролировать тревожные симптомы в повседневной жизни. Например, пациент с социальной тревожностью может научиться управлять паническими симптомами и изменить свои негативные убеждения о социальных ситуациях, что позволяет ему постепенно снизить страх и обрести уверенность.

Психоаналитическая терапия, напротив, сосредотачивается на исследовании глубинных эмоциональных конфликтов и вытесненных воспоминаний, которые могут быть источником тревоги. Этот подход эффективен для пациентов, которые готовы к длительному самоанализу и работе с бессознательными процессами. Психоанализ помогает пациентам осознать свои скрытые страхи и конфликты, позволяя им переработать свои чувства. Например, пациент, страдающий от генерализованной тревоги, может в процессе психоанализа осознать, что его тревожные состояния коренятся в детских травмах, связанных с отсутствием эмоциональной поддержки, и таким образом достичь глубинного улучшения.

Таким образом, КПТ лучше подходит для пациентов, нуждающихся в краткосрочной помощи, направленной на поведенческое изменение, в то время как психоаналитический подход является более эффективным для долгосрочной работы с внутренними конфликтами и травмами. Оба метода имеют свою ценность и могут быть комбинированы в зависимости от потребностей пациента.

Вопрос №2

Сравните влияние когнитивных и поведенческих факторов на развитие депрессивного расстройства. Какие методы коррекции этих факторов используются в клинической психологии, и как они могут быть объединены для повышения эффективности лечения? Приведите примеры успешных интервенций, направленных на лечение депрессии.

Эталонный ответ

Когнитивные факторы, такие как искажённые убеждения и негативные автоматические мысли, играют важную роль в развитии депрессии. Пациенты с депрессией часто интерпретируют события негативно, имеют чувство безнадежности и не верят в положительные изменения. В клинической практике используются техники когнитивной реструктуризации, которые помогают пациентам осознавать и изменять эти убеждения. Это может включать такие техники, как ведение дневника мыслей и работа над рациональными ответами на негативные убеждения.

Поведенческие факторы, такие как потеря интереса к активностям, также усиливают депрессию. Поведенческая активация — метод, направленный на восстановление участия в позитивных активностях, таких как физическая активность или социальное взаимодействие, — помогает пациентам постепенно улучшить настроение и вернуть интерес к жизни. Например, пациент может начать с простых действий, как утренние прогулки, что будет стимулировать выработку эндорфинов и снижать симптомы депрессии.

Комбинирование когнитивных и поведенческих подходов обеспечивает целостный подход, где когнитивная реструктуризация снижает негативные убеждения, а поведенческая активация помогает пациентам заново обрести мотивацию к действиям. Это повышает общую эффективность лечения депрессии и приводит к более стабильному результату.

Вопрос №3

Сравните методы диагностики тревожных и депрессивных расстройств. Какие подходы и инструменты используются для определения уровня тяжести и специфики этих расстройств? Как комбинирование нескольких диагностических методов помогает повысить точность диагноза? Включите примеры практического использования различных методов.

Эталонный ответ

Для диагностики тревожных и депрессивных расстройств используют как субъективные, так и объективные методы. Стандартизированные опросники, такие как шкала тревожности Бека и шкала депрессии Гамильтона, позволяют оценить симптомы, степень их выраженности и предоставить общую оценку состояния пациента. Эти опросники дают быстрый и количественный способ получения информации, но они зависят от самооценки пациента и поэтому могут давать неполные данные.

Клинические интервью, такие как полуструктурированное интервью SCID, позволяют глубже изучить симптомы и их связь с жизненными событиями и

личностными особенностями пациента. Это помогает понять не только симптомы, но и возможные причины расстройства, а также оценить степень социального и функционального ущерба.

Комбинирование методов позволяет собрать более полную картину состояния пациента. Например, начальная оценка по опросникам может быть дополнена клиническим интервью для уточнения и диагностики сопутствующих расстройств. Это помогает адаптировать терапевтический подход под конкретные особенности пациента, что делает лечение более точным и эффективным.

Вопрос №4

Как культурные различия влияют на восприятие психических расстройств и обращение за психологической помощью? Проанализируйте, какие культурные и социальные аспекты могут как способствовать, так и препятствовать обращению за помощью при депрессии или тревожных расстройствах. Приведите примеры различных культурных контекстов и их влияние на психическое здоровье.

Эталонный ответ

Культурные различия играют важную роль в восприятии психических расстройств и мотивации к обращению за помощью. В обществах с высокой стигматизацией психических расстройств, например, как в Японии или Южной Корее, часто существует страх перед негативной реакцией со стороны общества. Пациенты могут опасаться, что обращение за психологической помощью повлияет на их статус и репутацию, что снижает вероятность обращения за помощью. Многие склонны скрывать симптомы и пытаться справиться с ними самостоятельно.

В странах с более открытым отношением к психическому здоровью, таких как США и Канада, обсуждение депрессии или тревожности является частью общественного диалога. Это способствует формированию позитивного отношения к терапии, что делает её доступной и приемлемой. Например, в США многие компании предлагают своим сотрудникам программы психологической помощи, что помогает снизить уровень стигматизации и улучшить доступ к поддержке.

Эти различия показывают, как важно учитывать культурные особенности в психотерапии. Клиническим психологам рекомендуется применять межкультурный подход и адаптировать свои методы с учетом культурных убеждений и социальных норм, что повышает эффективность терапии и помогает снизить барьеры на пути к помощи.

БЛОК 4

Вопросы повышенной сложности комбинированного типа –
Ситуационные Задачи

Ознакомьтесь с ситуацией и предложите разрешение проблемы

Вопрос №1

Ваш пациент испытывает хроническую тревогу и обращается за помощью из-за постоянного чувства опасности, которое мешает его повседневной жизни. Он сообщает, что испытывает сильное беспокойство по поводу работы, отношений и даже бытовых ситуаций, которые кажутся ему угрожающими. Разработайте план лечения для пациента, опираясь на когнитивно-поведенческий подход. Ваш план должен включать:

- Методы, которые помогут выявить и изменить негативные убеждения пациента.
- Подходы к управлению тревожными симптомами и снижению общего уровня стресса.
- Способы оценки прогресса и эффективности лечения.

Эталонный ответ

Для работы с хронической тревогой в рамках когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) одним из первых шагов будет выявление автоматических тревожных мыслей. Пациент может вести дневник, где он фиксирует ситуации, которые вызывают тревогу, мысли, возникающие в ответ на них, и их интенсивность по 10-балльной шкале. Такой метод позволяет отслеживать динамику мыслей и их влияние на состояние пациента. Это поможет выявить специфические когнитивные убеждения, которые усиливают его тревожность, такие как «я не справлюсь», «меня ждет неудача», или «мир опасен».

После выявления тревожных убеждений искажённые мысли подвергаются когнитивной реструктуризации: вместе с терапевтом пациент учится оспаривать эти мысли и формировать альтернативные, более адаптивные интерпретации ситуаций. Например, вместо «я не справлюсь» пациент может проработать мысль «я буду действовать пошагово и справлюсь с каждой задачей по очереди».

Для управления физиологическими симптомами тревоги целесообразно использовать методы релаксации, такие как дыхательные упражнения (глубокое дыхание, техника «4-7-8»), а также прогрессивная мышечная релаксация. Эти техники помогают успокоить нервную систему, снижают физиологическую активацию и тревожные симптомы, такие как учащённое сердцебиение или мышечное напряжение.

Оценка прогресса может включать не только субъективные показатели (снижение интенсивности тревожных мыслей по шкале), но и опросники тревожности, такие как Шкала тревожности Спилбергера. При регулярном снижении баллов на шкале тревоги и уменьшении интенсивности тревожных симптомов можно говорить о

положительной динамике. Регулярные обсуждения с пациентом прогресса также помогут укрепить его уверенность и мотивацию на продолжение работы.

Вопрос №2:

Ваша пациентка пережила тяжёлый развод, и это событие привело её к развитию депрессивного состояния, выражающегося в утрате интереса к жизни и общении с людьми. Опираясь на принципы гуманистической и экзистенциальной терапии, предложите план, который поможет пациентке восстановить интерес к жизни и преодолеть эмоциональную боль. План должен включать:

- Методы, направленные на проработку эмоциональных переживаний.
- Подходы, способствующие формированию новых жизненных целей.
- Способы укрепления самооценки и чувства внутренней целостности.

Эталонный ответ

Первый этап работы с пациенткой в рамках гуманистической и экзистенциальной терапии — создание безопасного пространства для самовыражения, где она может открыто говорить о своих эмоциях, таких как боль, утрата и одиночество, без страха осуждения. Здесь подходит метод активного слушания, при котором терапевт с вниманием и эмпатией помогает пациентке осознать и выразить её чувства. Процесс самовыражения позволяет проработать подавленные эмоции и освободиться от внутреннего напряжения.

В рамках экзистенциального подхода важно помочь пациентке найти новые смыслы и цели, которые помогут ей справиться с кризисом. Один из эффективных методов — работа с ценностями, где терапевт помогает пациентке определить, какие цели и смыслы важны для неё в данный момент жизни. Например, пациентка может определить, что ей важно развиваться в карьере, завести новые увлечения или наладить связи с близкими. Вместо того чтобы фокусироваться на потере, терапевт помогает пациентке видеть в её опыте возможности для личностного роста и изменений.

Для укрепления самооценки и целостности личности можно использовать методику самопринятия и работу с позитивными убеждениями. Терапевт может предложить пациентке вести дневник успехов, где она будет фиксировать каждое своё достижение, будь то небольшое действие или значимое достижение. Постепенное укрепление уверенности в себе поможет ей преодолеть депрессивное состояние и почувствовать свою внутреннюю силу.

Позитивная динамика будет выражаться в восстановлении интереса к жизни, снижении чувства отчаяния и укреплении самооценки. Прогресс можно измерять

как в ходе личных бесед, так и через опросники депрессии, такие как шкала депрессии Бека.

Вопрос №3

Пациент обратился за помощью из-за социальных фобий, которые препятствуют его профессиональному развитию и личной жизни. Он испытывает сильный страх перед публичными выступлениями и социальными взаимодействиями. Разработайте план лечения с использованием поведенческой терапии и методов экспозиции. План должен включать:

- Шаги по постепенному ослаблению страха через экспозицию.
- Методы, которые помогут пациенту развить навыки общения.
- Подходы к оценке прогресса, чтобы определить, насколько лечение эффективно.

Эталонный ответ

Для работы с социальной фобией рекомендуется использовать метод градуированной экспозиции, который заключается в поэтапном воздействии на страх, начиная с наименее пугающих ситуаций. Сначала пациент может упражняться в проведении коротких бесед в контролируемых условиях, например, на консультации с терапевтом или с близкими друзьями. По мере укрепления уверенности переходить к более сложным социальным ситуациям, таким как участие в небольших группах, затем — публичные выступления перед коллегами.

Дополнительно важны навыки общения, которые помогут пациенту чувствовать себя комфортнее в социальных ситуациях. Техники активного слушания, тренировка зрительного контакта и практика ролевых игр в кабинете терапевта могут стать эффективными инструментами. Например, при помощи ролевых игр пациент может разыгрывать различные сценарии, которые вызывают у него тревогу, и получать обратную связь от терапевта.

Прогресс можно отслеживать по интенсивности страха и снижению избегательного поведения. Для этого терапевт может использовать субъективные шкалы тревоги и опросники по социальному функционированию. Если пациент начинает проявлять активность и отмечает снижение страха перед общением, это будет говорить о положительной динамике и успешности терапии.

Вопрос №4

Вы работаете с пациентом, который долгое время борется с паническим расстройством. Он описывает частые приступы паники, сопровождающиеся страхом потери контроля и физическими симптомами, такими как учащенное сердцебиение и головокружение. Предложите план лечения с использованием когнитивной реструктуризации и методов релаксации. План должен включать:

- Способы, которые помогут пациенту распознавать и изменять искажённые мысли.
- Техники для управления физическими симптомами во время приступа паники.
- Способы мониторинга успеха лечения, чтобы оценить его эффективность.

Эталонный ответ

Когнитивная реструктуризация позволяет пациенту выявлять и изменять искажённые мысли, которые усиливают приступы паники. Пациенту можно предложить фиксировать в дневнике свои панические мысли, такие как «у меня сейчас случится сердечный приступ» или «я потеряю контроль». Затем он учится анализировать эти мысли и заменять их более рациональными, например, «это всего лишь симптомы паники, которые не опасны для жизни». Постепенно это снижает страх перед физическими ощущениями.

Для управления физическими симптомами важно освоить техники релаксации, такие как глубокое диафрагмальное дыхание, которое замедляет сердечный ритм и уменьшает напряжение. Прогрессивная мышечная релаксация также помогает справиться с напряжением, возникающим во время приступа. Эти техники важно отработать заранее, чтобы пациент мог легко использовать их в реальных условиях.

- Мониторинг прогресса проводится на основе частоты и интенсивности приступов, которые пациент оценивает в своем дневнике. Также используются опросники паники, такие как шкала панического расстройства, для объективной оценки изменений. Положительная динамика выражается в снижении количества приступов и улучшении качества жизни пациента, что свидетельствует о высокой эффективности терапии

Шкала оценивания кейса - задания

- 8-10 баллов - кейс-задание выполнено полностью, слушатель приводит полную четкую аргументацию выбранного решения на основе качественно сделанного анализа. Демонстрируются хорошие теоретические знания, имеется собственная обоснованная точка зрения на проблему и причины их возникновения. В случае ряда выявленных проблем четко определяет их иерархию. При устной презентации уверенно и быстро отвечает на заданные вопросы, выступление сопровождается приемами визуализации. В случае письменного отчета-презентации по выполнению кейс-задания сделан структурированный и детализированный анализ кейса, представлены

возможные варианты решения, четко и аргументировано обоснован окончательный выбор одного из альтернативных решений;

- 5-7 баллов - кейс-задание выполнено полностью, слушатель не приводит полную четкую аргументацию выбранного решения. Имеет место излишнее теоретизирование, или наоборот, теоретическое обоснование ограничено, имеется собственная точка зрения на проблемы, но не все причины ее возникновения установлены. При устной презентации на дополнительные вопросы выступающий отвечает с некоторым затруднением, подготовленная устная презентации выполненного кейс-задания не очень структурирована. При письменном отчете-презентации по выполнению кейс-задания сделан не полный анализ кейса, без учета ряда фактов, выявлены не все возможные проблемы, для решения могла быть выбрана второстепенная, а не главная проблема, затруднена четкая аргументация окончательного выбора одного из альтернативных решений;

- 2-5 баллов - кейс-задание выполнено более чем на 2/3, слушатель расплывчато раскрывает решение, не может четко аргументировать сделанный выбор, показывает явный недостаток теоретических знаний. Выводы слабые, свидетельствуют о недостаточном анализе фактов, в основе решения может иметь место интерпретация фактов или предположения, Собственная точка зрения на причины возникновения проблемы не обоснована или отсутствует. При устной презентации на вопросы отвечает с трудом или не отвечает совсем. Подготовленная презентация выполненного кейс-задания не структурирована. В случае письменной презентации по выполнению кейс-задания не сделан детальный анализ кейса, далеко не все факты учтены, для решения выбрана второстепенная, а не главная проблема, отсутствует четкая аргументация окончательного выбора решения.

- 0-1 балл - кейс-задание не выполнено, или выполнено менее чем на треть. Отсутствует детализация при анализе кейса, изложение устное или письменное.

БЛОК 5

4 Вопросы для самопроверки обучающихся

Вопросы для самопроверки при подготовке к зачету:

1. Предмет, задачи и методы нейро- и патопсихологии.
2. Проблема мозговой организации высших психических функций.
3. Основные принципы строения мозга.
4. Методы клинического нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия.
5. Нарушения внимания, памяти и эмоций при локальных поражениях головного мозга, методы диагностики.
6. Эмоциональные нарушения при очаговых поражениях головного мозга.
7. Основные принципы строения зрительного, слухового и кожно-кинестетического анализаторов.
8. Сенсорные нарушения различных анализаторов.
9. Виды и классификация агнозий.

10. Способы диагностики различных агнозий.
11. Классификация апраксий.
12. Диагностика различных видов апраксий.
13. Психологическая структура речи.
14. Экспрессивная и импрессивная речь.
15. Функции речи. Определение афазии.
16. Классификация афазий.
17. Диагностика афазии.
18. Восстановление речи при различных видах афазий.
19. Предмет и задачи патопсихологии.
20. Патопсихологическое исследование и патопсихологический эксперимент.
21. Классификация экспериментально-психологических методик.
22. Патопсихологическое исследование и патопсихологический эксперимент.
23. Основные аспекты проведения клинико-психологической беседы и наблюдения. Нарушения познавательной деятельности: классификация нарушений мышления, памяти, внимания.
24. Классификация нарушений мышления: нарушение операциональной стороны мышления, нарушение динамики мышления, нарушение личностного компонента мышления.
25. Нарушение памяти: опосредованного и неопосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания; динамики мыслительного процесса; мотивационного компонента памяти.
26. Внимание: ослабление внимания, сужение объема внимания, снижение концентрации внимания, трудности переключения внимания, истощаемость, лабильность концентрации внимания. Патопсихологические методики для исследования когнитивных процессов.
27. Нарушения личности.
28. Патопсихологические методики для исследования когнитивных процессов и особенностей личности.
29. Шизофренический симптомокомплекс.
30. Олигофренический симптомокомплекс.

Вопросы для самопроверки при подготовке к зачету:

1. Предмет, задачи и методы нейро- и патопсихологии.

Нейропсихология изучает связь между психическими процессами и структурой и функцией мозга. Патопсихология же фокусируется на изучении психических нарушений, их диагностики, коррекции и реабилитации. Основные методы – это клинические исследования, нейропсихологические тесты, наблюдение и экспериментальные методы, направленные на выявление и понимание закономерностей патологических изменений в психической деятельности.

Предмет изучения:

Нейропсихология:

Взаимосвязь между мозгом и психическими функциями, а также нарушениями психики при патологиях мозга.

Патопсихология:

Психические расстройства, их структура, закономерности развития и

нарушения, а также методы коррекции и реабилитации.

Основные задачи:

Нейропсихология:

Разработка нейропсихологических тестов для диагностики нарушений, понимание механизмов психических нарушений на уровне мозга, изучение влияния различных поражений мозга на психические функции.

Патопсихология:

Диагностика и уточнение диагноза при психических расстройствах, анализ структуры и уровня нарушений, разработка и реализация программ коррекции и реабилитации.

Методы исследования:

Клиническое наблюдение:

Систематическое наблюдение за больным, его поведением, психическими функциями.

Нейропсихологические тесты:

Применяются для выявления нарушений конкретных когнитивных и психических функций.

Экспериментальные методы:

Используются для изучения влияния различных факторов на психические процессы.

Анализ анамнестических данных:

Изучение истории болезни, жизненного опыта, семейной ситуации больного.

Психометрические методы:

Использование различных тестов и опросников для оценки психического состояния.

Связь между нейро- и патопсихологией:

Нейропсихология является одной из важнейших дисциплин, используемых в рамках патопсихологии для понимания физиологических основ психических расстройств и выработки эффективных методов коррекции. Патопсихологические исследования помогают разработать и оценить новые нейропсихологические методы диагностики и лечения.

2. Проблема мозговой организации высших психических функций.

Проблема мозговой организации высших психических функций – это сложная и актуальная тема, изучаемая различными науками, такими как нейроанатомия, нейрофизиология, неврология и нейропсихология. Она включает вопросы локализации функций, системного взаимодействия различных участков мозга, а также влияния генетических, пренатальных и постнатальных факторов на развитие и функционирование этих функций.

Основные аспекты проблемы:

Локализация:

Изучение того, какие области мозга ответственны за конкретные психические процессы, например, мышление, память, речь, внимание.

Системный характер:

Высшие психические функции не являются результатом работы одного конкретного участка мозга, а требуют взаимодействия различных областей, как в коре больших полушарий, так и в подкорковых образованиях.

Динамичность:

Функциональные системы мозга могут меняться в зависимости от активности, обучения и опыта.

Влияние факторов развития:

На развитие высших психических функций могут оказывать влияние генетические факторы, пренатальные повреждения, родовые травмы и постнатальные факторы.

Нейропсихология и нарушения:

Нейропсихология изучает нарушения высших психических функций при локальных повреждениях мозга, что помогает выявить роль различных областей в психических процессах.

Развитие и зрелость:

Нормальное развитие высших психических функций зависит от зрелости нервной системы и взаимодействия различных факторов.

Влияние на развитие:

Повреждения мозга, вызванные генетическими факторами, перинатальными проблемами или постнатальными травмами, могут нарушить развитие высших психических функций.

Устранение этих нарушений может быть достигнуто с помощью ранней диагностики, специализированной помощи и терапевтических воздействий.

Актуальность:

Проблема мозговой организации высших психических функций остается актуальной в современной науке и медицине, поскольку она имеет важное значение для понимания механизмов работы мозга, развития психических процессов и лечения различных заболеваний.

3. Основные принципы строения мозга.

Основными принципами строения мозга являются его структурная организация, состоящая из различных отделов, и его функциональная специализация, где разные части отвечают за определенные функции. Мозг можно разделить на три основных части: полушария, мозжечок и ствол мозга.

1. Структурная организация:

Полушария (большой мозг):

Основная часть головного мозга, отвечающая за высшие психические функции, такие как мышление, память, речь, эмоции.

Мозжечок:

Расположен в затылочной части головы под полушариями, отвечает за координацию движений, равновесие и поддержание мышечного тонуса.

Ствол мозга:

Расположен внизу под полушариями и впереди мозжечка, отвечает за регулировку жизненно важных функций, таких как дыхание, сердцебиение, сон.

2. Функциональная специализация:

Полушария:

Каждый полушарий отвечает за определенные функции, например, левое полушарие — за логическое мышление, речь, а правое — за творческие способности, пространственное воображение.

Мозжечок:

Участвует в координации движений, контроле равновесия и поддержании мышечного тонуса.

Ствол мозга:

Контролирует такие жизненно важные функции, как дыхание, сердцебиение, сон, и участвует в регуляции вегетативных функций.

4. Методы клинического нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия.

Методы клинического нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия включают оценку высших психических функций, включая память, внимание, мышление, речь и другие, с помощью комплекса заданий, позволяющих выявить нарушения и особенности функционирования.

Основные методы клинического нейропсихологического исследования по Лурии:

1) Наблюдение:

Диагност наблюдает за пациентом в процессе выполнения заданий, анализируя его поведение, реакции и особенности выполнения.

Наблюдение позволяет выявить особенности организации деятельности, стратегии решения задач, а также проявления эмоциональных реакций, которые могут быть связаны с повреждением мозга.

2) Опросники и тесты:

Используются различные типы тестов и опросников, чтобы оценить состояние отдельных психических функций или оценить их взаимодействие.

Тесты могут быть стандартными, адаптированными или разработанными специально для конкретных задач.

3) Анализ ошибок:

Анализ ошибок, сделанных пациентом при выполнении заданий, позволяет выявить характер повреждения и локализацию поражения мозга.

Лурия выделял разные типы ошибок, которые могут быть связаны с разными нарушениями когнитивных функций.

4) Батарея диагностических методик:

Лурия разработал комплексную батарею диагностических методик, включающую задания на различные психические функции.

Данная батарея позволяет провести комплексную оценку состояния психических функций, выявить характер и локализацию повреждения.

5) Анализ функциональных систем:

Лурия рассматривал психические функции как функциональные системы, взаимодействующие между собой.

При анализе ошибок диагност учитывает взаимодействие различных психических функций и их влияние на выполнение задачи.

6) Индивидуализированный подход:

Лурия уделял особое внимание индивидуальным особенностям пациента и его истории болезни при проведении исследования.

Подход к исследованию подстраивался под конкретного пациента и его особенности.

Дополнительные методы:

7) Сравнение здоровых людей с пациентами с повреждением мозга:

Сравнивая данные здоровых людей и пациентов с повреждением мозга, можно определить степень и характер нарушения.

8) Сравнительно-анатомический метод:

Сравнивая структуру мозга с характеристиками психических функций, можно выявить связь между локализацией повреждения и функциями, которые нарушены.

9) Метод раздражения и разрушения:

Эти методы используются в экспериментальных исследованиях для изучения функций различных областей мозга.

5. Нарушения внимания, памяти и эмоций при локальных поражениях головного мозга, методы диагностики.

Локальные поражения головного мозга могут приводить к нарушениям внимания, памяти и эмоций. Диагностика этих нарушений включает нейропсихологические тесты и инструментальные методы, такие как нейровизуализация.

Нарушения внимания:

А) Модально-неспецифические:

Нарушения распространяются на любые формы внимания, например, снижение концентрации внимания на стимулы любой модальности (зрительные, слуховые, тактильные и др.).

Причины:

Поражения структур, отвечающих за тонус коры головного мозга.

Диагностика:

Корректурная проба, счет по Крепелину, таблицы Шульте.

Симптомы:

Снижение устойчивости, повышение истощаемости, сужение объема внимания.

Нарушения памяти:

Б) Модально-неспецифические:

Снижение всех компонентов памяти.

В) Модально-специфические:

Нарушения конкретных видов памяти, например, зрительной или слуховой.

Причины:

Поражения локальных отделов головного мозга, например, гиппокампа.

Диагностика:

Тесты на запоминание и воспроизведение информации.

Нарушения эмоций:

Причины:

Поражения различных структур мозга, связанных с регуляцией эмоций.

Симптомы:

Изменение эмоционального реагирования, апатия, депрессия.

Диагностика:

Эмоциональные тесты, клинические наблюдения.

Методы диагностики:

Нейропсихологические тесты: Оценка внимания, памяти, эмоций.

Нейровизуализация: Компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) для выявления структурных изменений мозга.

Клинические наблюдения: Оценка поведения и симптоматики.

Дополнительные сведения:

Нарушения внимания:

Также могут быть проявлены как патологическая отвлекаемость или сверхотвлекаемость.

Нейропсихология:

Изучение нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга.

Локальные поражения:

Включают инсульт, травмы головного мозга, опухоли.

6. Эмоциональные нарушения при очаговых поражениях головного мозга.

Очаговые поражения головного мозга могут приводить к разнообразным эмоциональным нарушениям, в зависимости от локализации и характера поражения. Чаще всего наблюдаются изменения в эмоциональной стабильности, сниженные или повышенные эмоциональные реакции, эмоциональная лабильность, а также нарушения в осознании и выражении эмоций.

Эмоциональные нарушения при очаговых поражениях головного мозга:

Лимбическая система:

Поражения лимбической системы, в частности, амигдалы и гиппокампа, могут приводить к нарушениям в обработке и регуляции эмоций, особенно страха, гнева и тревоги.

Префронтальная кора:

Повреждения префронтальной коры, которая отвечает за высшие когнитивные функции и регуляцию поведения, могут проявляться в эмоциональной лабильности, снижении контроля над эмоциями и импульсивном поведении.

Гипоталамус:

Гипоталамус, отвечающий за вегетативные функции, может приводить к нарушениям в регуляции эмоций, таким как повышенная раздражительность, агрессия и нарушения сна.

Задние височные доли:

Повреждения задних височных долей могут проявляться в нарушениях в осознании и выражении эмоций, а также в нарушении распознавания лиц и эмоций.

Общие проявления:

Снижение эмоционального тонуса:

Это проявляется в снижении интереса к окружающей среде, апатии, снижении активности.

Эмоциональная лабильность:

Характеризуется быстрой и неустойчивой сменой настроения, от радости до грусти или агрессии.

Повышенная раздражительность:

Проявляется в частых вспышках гнева, агрессии и нетерпимости к окружающим.

Нарушения в осознании и выражении эмоций:

Это может проявляться в трудности в распознавании эмоций у других людей, а также в затруднении в выражении собственных эмоций.

Эмоциональная диссоциация:

Проявляется в отчуждении от своих эмоций, ощущении их как чужих, а также в нарушении связи между эмоциями и мыслями.

Причины и факторы:

Локализация и характер поражения.

Возраст и предыдущее состояние пациента.

Другие факторы, такие как травмы, инфекции и ишемия.

Диагностика и лечение:

Диагностика включает нейроинспекцию и оценку эмоционального состояния.

Лечение может включать психотерапию, медикаментозную терапию и реабилитационные мероприятия.

7. Основные принципы строения зрительного, слухового и кожно-кинестетического анализаторов.

Зрительный, слуховой и кожно-кинестетический анализаторы являются ключевыми системами восприятия информации в человеческом организме. Они имеют сложную структуру, включающую рецепторы, нервные пути и центры в мозге, которые обеспечивают обработку и анализ сигналов.

Зрительный анализатор:

- **Рецепторы:**

Расположены в сетчатке глаза и включают фоторецепторы (палочки и колбочки).

- **Нервные пути:**

Сигналы от фоторецепторов передаются через зрительный нерв и далее в зрительный центр в мозге.

- **Центр в мозге:**

Расположен в зрительной коре, где происходит обработка информации о цвете, форме и пространстве.

Слуховой анализатор:

- **Рецепторы:**

Расположены в улитке внутреннего уха и включают волосковые клетки.

- **Нервные пути:**

Сигналы от волосковых клеток передаются через слуховой нерв и далее в слуховой центр в мозге.

- **Центр в мозге:**

Расположен в слуховой коре, где происходит обработка информации о звуке, тоне, частоте и интенсивности.

Кожно-кинестетический анализатор:

- **Рецепторы:**

Расположены в коже и мышцах, включая механорецепторы, терморецепторы и ноцицепторы.

- **Нервные пути:**

Сигналы от рецепторов передаются по нервам в спинной мозг и далее в соответствующие центры в головном мозге.

- **Центры в мозге:**

Происходит обработка информации о тактильных ощущениях, температуре, боли и положении тела в пространстве.

Все три анализатора работают в тесной связи, обеспечивая целостное восприятие окружающей среды и возможность адекватной реакции на внешние стимулы.

8. Сенсорные нарушения различных анализаторов.

Сенсорные нарушения – это отклонения в работе анализаторов (зрительного, слухового, тактильного, обонятельного, вкусового), что приводит к затруднениям в восприятии окружающей среды. Нарушения могут быть связаны с патологиями рецепторов, нервных путей или центров в головном мозге.

Причины сенсорных нарушений:

Травмы:

Головные и спинномозговые травмы могут повредить нервные пути и центры, ответственные за сенсорную обработку.

Инфекционные заболевания:

Некоторые инфекции, такие как краснуха и цитомегаловирус, могут вызвать нарушение сенсорных функций, особенно у детей.

Патологии беременности и родов:

Сложные роды или проблемы во время беременности могут приводить к повреждению нервной системы и, как следствие, к сенсорным нарушениям.

Недоношенность:

Недоношенные дети более подвержены риску развития сенсорных нарушений из-за незрелости нервной системы.

Генетические факторы:

Некоторые сенсорные нарушения могут быть наследственными.

Другие заболевания:

Некоторые неврологические и психические расстройства могут сопровождаться нарушением сенсорной обработки.

Виды сенсорных нарушений:

Зрительные нарушения:

Слепота, слабовидение, нарушение восприятия цвета и формы, трудности с ориентацией в пространстве.

Слуховые нарушения:

Глухота, тугоухие, проблемы с восприятием речи и звуков.

Тактильные нарушения:

Гиперчувствительность или снижение чувствительности к прикосновениям, боль.

Нарушения обонятельной и вкусовой чувствительности:

Гипосензитивность, аномия и другие нарушения вкуса и запаха.

Нарушения сенсорной интеграции:

Сложности в объединении информации от разных анализаторов, что приводит к проблемам в восприятии и координации движений.

Симптомы сенсорных нарушений:

- Отсутствие реакции на звуки или свет.
- Нарушение речи, трудности в произношении звуков.
- Невозможность выполнения произвольных движений.

- Гиперактивность, гипоактивность, возбудимость или заторможенность.
- Трудности в общении и взаимодействии с окружающими.
- Нарушение сна.
- Проблемы с координацией движений и равновесием.

Лечение сенсорных нарушений:

Коррекция патологии:

Лечение основного заболевания, которое стало причиной сенсорных нарушений.

Реабилитация:

Специализированные занятия, которые направлены на улучшение сенсорной обработки и развития ребенка.

Использование специальных средств:

Очки, слуховые аппараты, другие устройства для улучшения восприятия.

Сенсорная терапия:

Занятия, которые помогают ребенку лучше понимать и регулировать свои ощущения.

9. Виды и классификация агнозий.

Агнозия - это нарушение способности узнавать, воспринимать и понимать знакомые предметы, людей, звуки, цвета, запахи или ощущения, несмотря на сохранность первичных сенсорных функций. Виды агнозий различаются в зависимости от пораженного сенсорного модуля и области мозга, и могут быть классифицированы как зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые, обонятельные, а также специфические виды, такие как прозопагнозия (лицевая агнозия).

Основные виды агнозий:

Зрительная агнозия:

Предметная агнозия: Неспособность узнавать предметы, хотя зрение сохранено.

Прозопагнозия: Неспособность узнавать лица, даже знакомых.

Цветовая агнозия: Неспособность различать или идентифицировать цвета.

Оптико-пространственная агнозия: Нарушение ориентации в пространстве, несмотря на сохранность зрительной функции.

Симультанная агнозия: Неспособность воспринимать сразу несколько объектов или деталей в зрительном поле.

Слуховая агнозия: Неспособность распознавать звуки и слова.

Тактильная агнозия: Неспособность узнавать предметы на ощупь.

Обонятельная агнозия: Неспособность распознавать запахи.

Вкусовая агнозия: Неспособность различать вкусы.

Дополнительные виды:

Агнозия на цвета:

Неспособность определять цвета и их принадлежность к объектам.

Агнозия на буквы и цифры:

Неспособность распознавать и идентифицировать буквы или цифры.

Агнозия на движение:

Неспособность воспринимать или анализировать движение.

Агнозия на себя:

Неспособность распознавать или идентифицировать своё собственное лицо или тело.

Агнозия на звуки:

Неспособность распознавать или понимать звуки и слова.

Агнозия на запахи:

Неспособность распознавать или идентифицировать запахи.

Агнозия на вкусы:

Неспособность различать или идентифицировать вкусы.

Классификация агнозий:

Агнозии могут быть классифицированы по пораженному сенсорному модулю (зрительная, слуховая, тактильная и т.д.), по типу поражения (апперцептивная, ассоциативная, категориально-специфическая), или по локализации повреждения в мозге.

10. Способы диагностики различных агнозий.

Диагностика агнозий предполагает использование неврологического осмотра, нейропсихологического тестирования, визуализации мозга (КТ, МРТ) и опроса пациента и его близких. В зависимости от типа агнозии могут применяться специфические тесты, такие как оценка идентификации объектов разными органами чувств, оценка цветового восприятия и оценка пространственного восприятия.

Подробная диагностика:

1. Неврологический осмотр:

Помогает определить наличие очаговых неврологических нарушений, расстройств чувствительности и других неврологических симптомов, которые могут указывать на причину агнозии.

2. Нейропсихологическое тестирование:

Используется для выявления конкретного типа агнозии и определения степени её выраженности.

3. Визуализация мозга (КТ, МРТ):

Позволяет выявить повреждения мозга, которые могут быть причиной агнозии, такие как инсульт, опухоль, травма или дегенеративные изменения.

4. Опрос пациента и его близких:

Помогает установить жалобы, начало заболевания, его связь с травмой или другими факторами, а также получить информацию о развитии заболевания и его влиянии на повседневную жизнь.

5. Специфические тесты для отдельных типов агнозий:

Зрительная агнозия: Оценка идентификации объектов по зрительным признакам, оценка цветового восприятия, оценка пространственного восприятия.

Слуховая агнозия: Оценка идентификации звуков, оценка распознавания речи, оценка понимания эмоций по голосу.

Тактильная агнозия: Оценка идентификации объектов по осязанию.

Симультанная агнозия: Оценка способности воспринимать сложные зрительные образы в целом, а не по отдельным деталям.

6. Консультация психиатра:

Если есть подозрение на психическое расстройство, которое может проявляться как агнозия.

11. Классификация апраксий.

Апра́ксия — нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих их элементарных движений; возникает при очаговых поражениях коры больших полушарий головного мозга или проводящих путей мозолистого тела.

Учёные выделяют несколько видов апраксии — в зависимости от того, какие именно двигательные нарушения выражены у человека ярче всего.

Основные виды апраксии:

1) Идеаторная (концептуальная)

Возникают трудности с выполнением сложных действий с использованием предметов

2) Идеомоторная

Есть понимание идеи действия, но нет правильной реализации

3) Кинестетическая (двигательная)

Происходит потеря ощущения и контроля над собственными движениями

4) Орофациальная (щёчно-лицевая)

Нарушается способность выполнять произвольные движения мышцами лица, рта и языка

5) Конструктивная

Невозможно срисовать предмет или скопировать фигуру из деталей конструктора, даже имея образец перед глазами

6) Апраксия одевания

Возникают трудности с одеванием, завязыванием шнурков, застёгиванием молнии и т. п.

У человека одновременно могут быть сразу несколько видов апраксии.

12. Диагностика различных видов апраксий.

Диагностика апраксий включает в себя комплексный подход, включающий неврологическое обследование, нейропсихологические тесты, анализ анамнеза, а также при необходимости методы нейровизуализации (МРТ, КТ). В процессе диагностики оцениваются различные аспекты двигательной и когнитивной функции, чтобы определить тип и характер апраксии.

Подробный план диагностики:

1. Неврологическое обследование:

Оценка двигательных функций, включая мышечную силу, мышечный тонус, координацию движений, автоматические движения.

- Оценка сенсорных функций (например, чувствительности к прикосновениям, боли).
- Оценка когнитивных функций (например, памяти, внимания, мышления).
- Исключение сопутствующих неврологических нарушений, таких как парезы,

расстройства чувствительности.

2. Нейропсихологические тесты:

Тесты на праксис (способность выполнять целевые движения).

- Тесты на кинетическую и кинестетическую апраксию (например, тесты на воспроизведение поз, выполнения движений по образцу).
- Тесты на идеаторную и идеомоторную апраксию (например, выполнение сложных последовательных движений по команде).
- Оценка конструктивной апраксии (например, выполнение заданий на составление фигур из геометрических элементов).

3. Анализ анамнеза:

Установление причин возникновения апраксии (например, травмы, инсульты, опухоли).

- Оценка характера и степени выраженности симптомов.
- Анализ истории заболевания и перенесенных травм.

4. Методы нейровизуализации (при необходимости):

МРТ и КТ головного мозга для визуализации структур мозга и выявления патологических изменений.

- Использование методов нейровизуализации для выявления очагов поражения (например, инсульт, опухоль).

Виды апраксий, которые могут быть выявлены при диагностике:

Моторная (двигательная) апраксия:

нарушение выполнения движений, даже при сохранении возможности их совершения.

Идеомоторная апраксия:

неспособность выполнить сложные двигательные действия, даже при понимании задачи.

Идеаторная апраксия:

нарушение понимания цели действия и планирования последовательности движений.

Конструктивная апраксия:

нарушение способности выполнять сложные конструктивные действия, такие как рисование, составление сложных фигур.

Речевая (апраксия речи):

нарушение способности планировать и выполнять движения, необходимые для произнесения слов и фраз.

Апраксия походки:

нарушение согласованности движений во время ходьбы.

Афферентная апраксия (кинестетическая):

нарушение восприятия и обработки двигательной информации, возникающей в результате движений.

13. Экспрессивная и импрессивная речь.

Экспрессивная речь

Экспрессивная речь — или процесс высказывания с помощью языка — начинается с замысла (программы высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, обладающей свернутым характером, и наконец переходит в стадию развернутого внешнего речевого высказывания (в виде устной речи или письма).

Импрессивная речь

Импрессивная речь — или процесс понимания речевого высказывания (устного или письменного) — начинается с восприятия речевого сообщения (слухового или зрительного), затем проходит стадию декодирования сообщения (т. е. выделения информативных моментов) и наконец завершается формированием во внутренней речи общей смысловой схемы сообщения, ее соотносением со смысловыми семантическими структурами и включением в определенный смысловой контекст (собственно пониманием).

С точки зрения лингвистики в речи могут быть выделены следующие единицы:

- а) фонемы (смыслоразличительные звуки речи);
- б) лексемы (слова или фразеологические словосочетания, обозначающие отдельные предметы или явления);
- в) семантические единицы (обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия);
- г) предложения (обозначающие определенную мысль сочетания слов);
- д) высказывания (законченные сообщения).

Лингвистический анализ применим как к импрессивной, так и к экспрессивной, внешней речи.

Импрессивная речь

Импрессивная речь - понимание устной и письменной речи. В психологическую структуру импрессивной речи входят:

- 1- этап первичного восприятия речевого сообщения;
- 2- этап декодирования сообщения; и
- 3- этап соотношения сообщения с определенными семантическими категориями прошлого или собственного понимания устного или письменного сообщения.

Экспрессивная речь - процесс высказывания в виде активной устной речи или самостоятельного письма. Экспрессивная речь начинается с мотива и замысла высказывания, затем следует стадия внутренней речи и завершается развернутым речевым высказыванием.

14. Функции речи. Определение афазии.

Речевые функции включают способность выражать свои мысли словесно, понимать обращенную речь, читать, писать, а также использовать язык для коммуникации и мышления. Афазия - это нарушение этих функций, возникающее вследствие повреждения речевых центров в головном мозге.

Более подробно:

Речевые функции:

Экспрессивная речь: Способность выражать мысли и чувства словесно, включающая произношение слов и фраз, а также формирование грамматически

правильных предложений.

Импрессивная речь: Способность понимать устную и письменную речь, включая восприятие слов и фраз, а также их смысловую интерпретацию.

Письменная речь: Способность писать слова и фразы, а также понимать письменный текст.

Чтение: Способность воспринимать и понимать написанный текст.

Речевое мышление: Способность использовать язык для организации мыслей и логического вывода.

Афазия:

Определение: Нарушение речевых функций, возникающее вследствие повреждения областей головного мозга, ответственных за речь, например, центров Брока и Вернике.

Причины: Инсульт, травма головы, опухоли головного мозга, инфекционные заболевания.

Проявления:

Нарушение экспрессивной речи: Трудности в выборе слов, грамматические ошибки, сложности в формировании предложений.

Нарушение импрессивной речи: Неспособность понимать обращенную речь, сложности в понимании прочитанного текста.

Нарушение письменной речи: Трудности в письме, ошибки в написании слов.

Нарушение чтения: Сложности в распознавании слов и понимании прочитанного.

Другие проявления: Нарушение сенсорных и двигательных функций, личностные и психические изменения.

Виды афазии:

Моторная афазия (афазия Брока): Трудности в выражении речи при сохранении понимания.

Сенсорная афазия (афазия Вернике): Нарушение понимания речи при сохранении способности говорить.

Другие виды: Динамическая, афферентная моторная, семантическая, амнестическая.

Афазия - сложное неврологическое расстройство, требующее комплексного лечения и реабилитации.

15. Классификация афазий.

Выделяют следующие виды афазии:

1.Сенсорная. Возникает при поражении коры височной части мозга, которая отвечает за понимание и восприятие человеком слуховой части речи. Пациент перестает понимать устную речь частично или полностью, при этом слух у него не нарушен. Ухудшается чтение, письмо. Человек способен складывать слоги в слова и говорить. Он легко произносит знакомые простые слова, но не может воспроизвести новые сложные речевые конструкции. При афазии данного типа речь становится простой, но крайне запутанной. Из-за нарушения структуры

предложений человека сложно понять. Пациенты часто говорят эмоционально, быстро, но совсем несвязно, как будто это какой-то другой язык.

2.Афферентная моторная. При данной патологии человек практически лишается способности говорить. В особо тяжелых случаях он не может осознанно произносить даже самые простые звуки. Однако, непроизвольно он может произносить не только звуки, но и слова. Но если попросить пациента повторить, что он только что сказал, он не может этого сделать. Человек просто не понимает элементарных вещей (как открыть рот, куда поставить язык, чтобы произнести тот или иной звук и так далее). Это происходит из-за разрыва всех связей между звуковыми выражениями и речевым аппаратом.

3.Динамическая. Данная форма появляется, если поражено левое полушарие мозга. Пациент легко произносит звуки, способен повторять фразы, но нарушена коммуникация. В особо запущенных случаях помимо речевых дефектов человек начинает механически повторять за своим собеседником его действия. Нарушается выразительность речи, человек не может выразить собственные мысли. Степень нарушения коммуникации может быть различной. Пациентам нужна постоянная стимуляция речи. Они говорят шаблонами, в речи отсутствует смысл.

4.Акустическая. Нарушается слухоречевая память. Пациенты плохо воспринимают информацию на слух. Сильно снижается объем запоминания. Человек не может повторить простую связку из нескольких слов, произнесенных врачом, и теряет смысл речи при быстром темпе разговора, беседе с несколькими людьми.

5.Оптико-мнестическая. У пациента нарушается зрительная память, возникают трудности с описанием и названием окружающих предметов. Данная форма заболевания приводит к нарушению понимания прочитанного текста, ошибкам в письме, счетных операциях.

6.Семантическая. Нарушается работа теменной части мозга. Данная форма болезни проявляется тем, что пациент забывает названия предметов, перестает понимать сложные речевые обороты, метафоры, пословицы, переносное значение фраз и так далее. Кроме этого, нарушается понимание прочитанного текста.

7.Эфферентная моторная. Простая ситуативная речь сохраняется, но практически теряется способность к повторению. Если проблема вызвана нарушением мозгового кровообращения, то на ранних этапах речь у пациента может полностью пропадать. Многие могут записать то или иное слово только если произнесут его по слогам. В тяжелых случаях пациент не может правильно произносить слова и записывать их. Некоторые не могут читать книги вслух.

8.Тотальная. Пациент не может говорить сам и не воспринимает речь других людей.

16.Диагностика афазии.

Диагностика афазии – это комплексный процесс, включающий оценку речевых навыков, понимания речи, чтения и письма, а также нейропсихологическое и неврологическое обследование.

Этапы диагностики афазии:

1. Сбор анамнеза:

Врач собирает информацию о развитии речевых навыков, истории болезни, травмах головного мозга, и других факторах, которые могли повлиять на состояние речи.

2. Неврологическое обследование:

Это включает оценку неврологического статуса, в том числе рефлексы, мышечный тонус, и другие неврологические симптомы.

3. Нейropsychологическое обследование:

Это позволяет оценить когнитивные функции, связанные с речью (внимание, память), а также другие когнитивные функции.

4. Речевая диагностика:

Логопед оценивает речевые функции, включая способность произносить слова и фразы, понимать речь, читать и писать.

5. Инструментальные методы:

КТ и МРТ головного мозга помогают выявить структурные изменения, вызванные афазией.

Методы диагностики афазии:

Тесты на оценку речевых навыков:

Произношение: Оценка способности пациента произносить слоги, слова, фразы.

Понимание речи: Оценка понимания сказанного, чтения и письма.

Называния объектов: Оценка способности называть знакомые предметы.

Чтение и письмо: Оценка способности читать и писать.

Тесты на оценку когнитивных функций:

Внимание: Оценка способности концентрироваться и следить за информацией.

Память: Оценка слуховой, зрительной, и других форм памяти.

Неврологическая и инструментальная диагностика:

КТ и МРТ головного мозга: Выявление структурных изменений, вызванных афазией.

Ключевые моменты:

Диагностика афазии требует комплексного подхода и участия различных специалистов (невролога, логопеда, нейропсихолога).

Тип и степень тяжести афазии определяются по результатам всех проведенных исследований.

На основании результатов диагностики разрабатывается план реабилитации и лечения.

17. Восстановление речи при различных видах афазий.

Восстановление речи при афазии - это сложный, длительный и индивидуальный процесс, требующий комплексного подхода. При различных видах афазии используются разные методы, но общим принципом является постепенное вовлечение и активизация речевых функций, а также стимулирование компенсаторных механизмов.

Общие принципы восстановления речи при афазии:

Поэтапное восстановление:

Восстановление речевой функции происходит постепенно, начиная с самых

простых автоматизированных речевых стереотипов и постепенно переходя к более сложным формам речи.

Комплексный подход:

В процессе восстановления речи задействуются различные специалисты, такие как невропатологи, нейрохирурги, логопеды, психотерапевты, которые работают совместно, чтобы определить наиболее эффективные методы реабилитации.

Стимуляция неречевых функций:

В начальных стадиях заболевания может использоваться стимуляция неречевых функций, таких как конструирование, рисование, лепка, что помогает вовлечь другие области мозга в процесс восстановления.

Использование различных методик:

При восстановлении речи используются различные методики, такие как повторение, артикуляторные упражнения, тренировка речевой памяти, стимуляция понимания речи и письменной речи.

Дозирование и индивидуализация:

Реабилитация должна быть дозирована и индивидуализирована в зависимости от состояния пациента и вида афазии.

Активное участие пациента:

Пациент должен быть активно вовлечен в процесс реабилитации, чтобы получить максимальную пользу от тренировок и занятий.

Методы восстановления речи при различных видах афазии:

Афазия Брока (моторная афазия):

Основная цель - восстановление механизма артикуляции и формирование автоматизированных речевых реакций. Применяются упражнения, направленные на улучшение артикуляции звуков, тренировка словарного запаса, формирование грамматического строя речи.

Афазия Вернике (сенсорная афазия):

Главная задача - восстановление понимания речи и формирование речевого контроля. Используются упражнения на тренировку слуховой памяти, понимания слов и предложений, на развитие логического мышления и связной речи.

Другие виды афазий:

Для других видов афазии могут использоваться различные комбинации методик, которые направлены на стимулирование различных аспектов речевой функции, таких как понимание, производство речи, письменная речь, грамматический строй речи.

Дополнительные рекомендации:

Поддержка со стороны семьи и близких:

Близкие должны быть проинформированы о заболевании и способах поддержания пациента, что может значительно улучшить процесс восстановления речи.

Создание комфортной и стимулирующей среды:

Пациенту нужно создавать комфортную среду, где он мог бы чувствовать себя уверенно и заниматься речевыми тренировками.

Регулярное посещение специалиста:

Важно регулярно посещать логопеда или специалиста по восстановлению речи, чтобы следить за прогрессом и корректировать программу реабилитации.

Вывод:

Восстановление речи при афазии - это длительный и сложный процесс, который требует комплексного подхода, активного участия пациента и поддержки со стороны семьи и близких. При своевременном и правильном подходе можно достичь значительных успехов в восстановлении речевых функций.

18. Предмет и задачи патопсихологии.

Патопсихология изучает психические нарушения и их влияние на структуру и функции психической деятельности человека. Она также исследует закономерности отклонений в психике при различных заболеваниях, начиная от физических травм головного мозга до психических расстройств. Основными задачами патопсихологии являются диагностика, коррекция, реабилитация и экспертиза психических нарушений.

Предмет патопсихологии:

- **Психические нарушения:**

Патопсихология изучает различные формы психических нарушений, такие как расстройства восприятия, памяти, внимания, мышления, речи, эмоций и поведения.

- **Закономерности нарушений:**

Она исследует, как психические нарушения влияют на структуру и функционирование психических процессов.

- **Определение уровня и структуры нарушений:**

Патопсихология помогает определить степень и структуру психических расстройств, что необходимо для постановки точного диагноза и разработки адекватных стратегий реабилитации.

- **Динамика нарушений:**

Она изучает изменения в психических процессах под влиянием терапии, медикаментов и других факторов.

- **Связь с нормой:**

Патопсихология сравнивает психические нарушения с нормой, чтобы понять, как нарушения возникают и протекают, а также чтобы определить перспективы восстановления нарушенных функций.

Задачи патопсихологии:

Диагностика:

Патопсихологические исследования помогают выявить и дифференцировать различные психические расстройства, а также получить дополнительные данные о психическом состоянии пациента.

Коррекция:

Патопсихологические методы используются для коррекции нарушенных психических функций и развития компенсаторных механизмов.

Реабилитация:

Патопсихология участвует в разработке и реализации программ реабилитации, направленных на восстановление психической деятельности и улучшение качества жизни пациентов.

Экспертиза:

Патопсихология участвует в проведении экспертизы (военно-врачебной, судебно-психиатрической, врачебно-трудовой, медико-педагогической) для определения вменяемости, трудоспособности и других вопросов.

Профилактика:

Патопсихология разрабатывает программы профилактики психических нарушений, особенно у детей и подростков с отклонениями в развитии.

Поиск причин и механизмов:

Патопсихологические исследования помогают выявить причины и механизмы, лежащие в основе психических расстройств.

Изучение индивидуальных особенностей:

Патопсихология учитывает индивидуальные особенности личности пациента, его социальные позиции и среду, чтобы разработать наиболее эффективные методы помощи.

19. Классификация экспериментально-психологических методик.

Экспериментально-психологические методики можно классифицировать по нескольким основаниям, например, по способу воздействия на испытуемого, по характеру экспериментальной ситуации, по цели исследования и др. Вот некоторые из таких классификаций:

1. По типу воздействия на испытуемого:

Лабораторные эксперименты:

проводятся в контролируемых условиях, позволяют точно измерить воздействие на испытуемого.

Естественные эксперименты:

проводятся в реальных условиях, где исследователь наблюдает и анализирует естественные изменения, не вмешиваясь в них.

Формирующие эксперименты:

направлены на изменение психических процессов или характеристик испытуемых.

2. По характеру экспериментальной ситуации:

Явные эксперименты:

испытуемый знает, что находится в экспериментальной ситуации.

Скрытые эксперименты:

испытуемый не подозревает об эксперименте.

3. По цели исследования:

Психодиагностические методики:

направлены на выявление индивидуальных особенностей испытуемого.

Эксперименты по изучению когнитивных процессов:

изучают процессы восприятия, памяти, мышления и т.д.

Эксперименты по изучению социальных процессов:

исследуют взаимодействия между людьми, социальные роли и т.д.

4. Другие классификации:

По типу методики:

тесты, вопросники, наблюдения, беседы и другие.

По способу обработки данных:

статистические методы, качественный анализ.

20. Патопсихологическое исследование и патопсихологический эксперимент.

Патопсихологическое исследование — это процесс, направленный на выявление, анализ и оценку нарушений психической деятельности у человека, в основном с целью уточнения психиатрического диагноза и планирования коррекционной работы. Основным методом исследования является патопсихологический эксперимент.

Патопсихологическое исследование:

Цель:

Выявление и анализ нарушений психических функций (мышления, памяти, внимания, интеллекта, эмоционально-личностной сферы) у человека с целью постановки или уточнения патопсихологического диагноза.

Методы:

Используются различные клинические методы, такие как анамнестическое обследование, беседа, наблюдение за пациентом, психометрические тесты, методы патопсихологического эксперимента.

Подходы:

В ходе исследования может быть использован поведенческий, когнитивный и нейропсихологический подход.

Значение:

Помогает определить характер и степень нарушений, выявить особенности психической деятельности, установить связь между нарушением и его психофизиологическими и психологическими причинами.

Патопсихологический эксперимент:

Суть:

Это специально организованная ситуация, в которой изучается нарушение психической деятельности в контролируемых условиях.

Цель:

Определить причины нарушений, условия, в которых они проявляются, факторы, которые усиливают или ослабляют отклонения.

Применение:

Эксперимент позволяет исследовать особенности нарушенных психических процессов и поведение личности в необычных ситуациях.

Значение:

Помогает установить причинно-следственные связи между факторами и нарушением, оценить эффективность коррекционных мероприятий.

В целом, патопсихологическое исследование и патопсихологический эксперимент являются взаимосвязанными методами, которые применяются для более глубокого понимания психической деятельности человека и оказания помощи в коррекции нарушений.

21. Основные аспекты проведения клинико-психологической беседы и

наблюдения. Нарушения познавательной деятельности: классификация нарушений мышления, памяти, внимания.

Клинико-психологическая беседа и наблюдение являются основными методами диагностики и оценки психического состояния в клинической психологии. Нарушения познавательной деятельности, такие как нарушения мышления, памяти и внимания, также могут быть проанализированы через эти методы.

Основные аспекты клинико-психологической беседы и наблюдения:

Подготовка:

Установление доверительных отношений с пациентом, определение целей беседы, планирование вопросов и задач.

Наблюдение:

Изучение поведения, эмоций, мимики, жестов и других невербальных проявлений пациента.

Беседа:

Собственно разговор с пациентом, в котором оцениваются ответы на вопросы, качество речи, степень ясности и организованности мыслей.

Интерпретация:

Анализ данных наблюдения и беседы, выявление закономерностей и отклонений, формулировка выводов.

Психодиагностика:

Использование специальных методик и тестов для оценки познавательных функций, таких как мышление, память и внимание.

Классификация нарушений познавательной деятельности:

Нарушения мышления:

Нарушения процесса мышления:

Формальные: Скорость, объем, логичность, ритмичность, целенаправленность.

Содержательные: Наличие дефектов или бредовых мыслей.

Специфические нарушения мышления:

Гиперассоциации: Слишком много ассоциаций в голове.

Интеллектуальные нарушения: Неспособность понимать и использовать сложные понятия.

Диссоциация мышления: Разрыв между мыслями и действиями.

Нарушения памяти:

Нарушения кратковременной памяти:

Амнестическая: Неспособность удерживать информацию.

Задержка запоминания: Проблемы с запоминанием информации.

Нарушение объема памяти: Неспособность удерживать много информации.

Нарушения долговременной памяти:

Амнестическая: Неспособность вспоминать прошлые события.

Забывание: Неспособность вспомнить информацию.

Конфабуляция: Заполнение пробелов в памяти ложными воспоминаниями.

Нарушения семантической памяти:

Нарушение понимания смысла слов: Проблемы с пониманием или распознаванием слов.

Затруднения в употреблении слов: Проблемы с поиском или использованием слов.

Нарушения внимания:

Общие нарушения внимания:

Гипопроксия: Пониженная активность внимания.

Гиперактивность: Чрезмерная активность внимания.

Неустойчивость внимания: Быстрое отвлечение внимания.

Специфические нарушения внимания:

Выборка внимания: Неспособность выбрать из большого объема информации важную.

Фокусировка внимания: Неспособность удерживать внимание на задаче.

Устойчивость внимания: Быстрая усталость внимания.

22.Классификация нарушений мышления может включать нарушения операциональной стороны, динамики и личностного компонента мышления. Нарушения операциональной стороны касаются процесса обобщения и опосредования, в то время как нарушения динамики затрагивают скорость и гибкость мышления. Нарушения личностного компонента связаны с мотивацией, содержанием и направленностью мышления.

Нарушения операциональной стороны мышления:

Снижение уровня обобщения:

Человек затрудняется в обобщении информации, переходит от конкретных деталей к общим понятиям.

Искажение процесса обобщения:

Обобщения искажены, не соответствуют реальности.

Затруднения в логическом анализе:

Человек испытывает трудности с анализом и выводами.

Нарушения динамики мышления:

Ускорение или замедление мыслительных процессов:

Протекание мыслительных процессов может быть слишком быстрым или медленным.

Блокировка мыслей:

Мысли могут быть прерваны или блокированы, затрудняя продолжение мысленного процесса.

Соскальзывание:

Мысли быстро перескакивают от одной темы к другой.

Повторяемость:

Одни и те же мысли или фразы могут повторяться.

Нарушения личностного компонента мышления:

Нарушения мотивации:

Человек может испытывать трудности в мотивации к выполнению умственной работы.

Нарушения направленности мышления:

Мысли могут быть направлены на нелепые или нереальные объекты.

Нарушения содержательной стороны:

Содержание мыслей может быть искажено или неадекватным.

Нарушения критичности:

Человек может испытывать трудности в критическом осмыслении информации.

Резонерство:

Внимание к мелочам, чрезмерная детализация, и отсутствие понимания сути.

Диалектика:

Понимание различных точек зрения и противоречивых позиций.

23.Нарушение памяти: опосредованного и неопосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания; динамики мыслительного процесса; мотивационного компонента памяти.

Нарушение памяти включает в себя трудности с запоминанием и воспроизведением информации, такие как нарушения опосредованного и непроизвольного запоминания, а также проблемы с динамикой мыслительных процессов и мотивацией. Опосредованное запоминание связано с использованием вспомогательных средств, а непроизвольное - с запоминанием без намерения. Нарушение мотивационного компонента может влиять на общий процесс запоминания.

Подробности:

Нарушение опосредованного запоминания:

Опосредованное запоминание - это запоминание с использованием вспомогательных средств, таких как ассоциации, мнемотехники или внешний контекст.

Нарушение этого процесса может проявляться в трудностях с использованием таких средств для облегчения запоминания и воспроизведения информации.

Нарушение непроизвольного запоминания:

Непроизвольное запоминание - это запоминание информации без сознательного намерения запомнить, например, запоминание случайных фактов в процессе чтения или беседы.

Нарушение этого процесса может выражаться в снижении объема информации, запоминаемой непроизвольно, и трудностях с воспроизведением случайно полученной информации.

Нарушение динамики мыслительного процесса:

Динамика мыслительного процесса - это последовательность операций мышления, включая процесс запоминания, хранения, воспроизведения и обработки информации.

Нарушение этого процесса может проявляться в затруднениях с концентрацией внимания, переключением между задачами, логическим выводом и принятием решений.

Нарушение мотивационного компонента памяти:

Мотивационный компонент памяти - это эмоциональный и волевой аспект запоминания, влияющий на силу и длительность запоминания.

Нарушение этого компонента может проявляться в снижении интереса к запоминанию, недостаточной мотивации для выполнения задач, связанных с запоминанием, и в снижении эффективности процесса запоминания.

24.Внимание: ослабление внимания, сужение объема внимания, снижение концентрации внимания, трудности переключения внимания, истощаемость, лабильность концентрации внимания.

Патопсихологические методики для исследования когнитивных процессов.

Внимание, как важный когнитивный процесс, может подвергаться различным нарушениям, таким как ослабление, сужение объема, снижение концентрации, трудности переключения, истощаемость и лабильность. Для диагностики таких нарушений применяются различные патопсихологические методики, в том числе и те, которые направлены на исследование когнитивных функций.

Ослабление внимания - это снижение интенсивности и устойчивости внимания, проявляющееся в быстрой отвлекаемости, сниженной способностью к сосредоточению и длительности концентрации.

Сужение объема внимания - это уменьшение количества информации, которую человек может одновременно удерживать в поле сознания.

Снижение концентрации внимания - это трудность фокусировки на конкретном объекте или задании, быстрая отвлекаемость, трудность в поддержании внимания на протяжении длительного времени.

Трудности переключения внимания - это сложность в переключении внимания с одного объекта на другой, замедленность и колебания в переориентации.

Истощаемость внимания - это прогрессирующее снижение интенсивности внимания при длительной деятельности, приводящее к утомлению.

Лабильность внимания - это неустойчивость и переменчивость внимания, его склонность к резким переменам в направлении и интенсивности.

Для диагностики таких нарушений используются различные патопсихологические методики, например:

- **Методы, направленные на оценку устойчивости внимания:**
тесты на общую устойчивость, тесты с переменными стимулами.
- **Методы для оценки объема внимания:**
тесты с одновременным предъявлением нескольких объектов или информации.
- **Методы для оценки концентрации внимания:**
тесты на концентрацию внимания, тесты с отвлекающими факторами.
- **Методы для оценки переключения внимания:**
тесты с быстро меняющимися стимулами, тесты на переключение между разными типами задач.
- **Методы для оценки истощаемости внимания:**
тесты, в которых предлагается длительное выполнение заданий, требующих концентрации.
- **Методы для оценки лабильности внимания:**
тесты, в которых наблюдается нестабильность внимания и быстрое изменение концентрации.

Применение таких методик позволяет выявить наличие и характер нарушений внимания, а также определить степень их выраженности. Это необходимо для разработки адекватных мер коррекции и реабилитации.

25.Нарушения личности.

Нарушения личности — это устойчивые, ненормативные шаблоны мышления, поведения и переживаний, которые могут быть неадекватными, нарушающими социальные нормы и приводящими к неблагоприятным последствиям в работе и взаимоотношениях. Расстройства личности обычно характеризуются постоянными трудностями в контроле импульсов, эмоциональной регуляции и установлении здоровых взаимоотношений.

Основные признаки нарушений личности:

Устойчивость:

Такие паттерны поведения и переживаний сохраняются длительное время и не меняются легко.

Неадекватность:

Они могут отклоняться от общепринятых норм и культурных ожиданий, что приводит к проблемам в социальной адаптации.

Трудности в отношениях:

Люди с нарушениями личности часто испытывают сложности в установлении близких, здоровых взаимоотношений.

Неблагоприятные последствия:

Поведение, связанное с нарушением личности, может приводить к проблемам на работе, в семье, в личных взаимоотношениях и к другим негативным последствиям.

Основные типы нарушений личности (по DSM-5)):

Клостеры А (странные/эксцентричные):

Параноическое расстройство личности: Убежденность в том, что другие люди намерены причинить вред.

Шизоидное расстройство личности: Отстраненность от социальных контактов, мало интереса к близким отношениям.

Шизотипическое расстройство личности: Нарушения в мышлении и восприятии, странное поведение.

Клостеры В (драматические/эмоциональные):

Антисоциальное расстройство личности: Отсутствие эмпатии, неспособность следовать социальным нормам, импульсивность.

Гразепограничное расстройство личности: Неустойчивое эмоциональное состояние, трудности в самоидентичности, импульсивность.

Истерическое расстройство личности: Потребность в центре внимания, демонстративное поведение, эмоциональная нестабильность.

Нарциссическое расстройство личности: Завышенная самооценка, потребность в восхищении, отсутствие эмпатии.

26.Патопсихологические методики для исследования когнитивных процессов и особенностей личности.

Патопсихологические методики используются для исследования нарушений когнитивных процессов и личностных особенностей у людей с психическими заболеваниями или травмами мозга. Эти методики направлены на выявление

степени и характера нарушений, а также определение их причин, с целью постановки диагноза и планирования коррекции и реабилитации.

Основные виды методик:

1. Наблюдение:

Патопсихолог внимательно наблюдает за поведением и психической деятельностью пациента в различных ситуациях, уделяя внимание особенностям его реакций, эмоций, мыслей и поступков.

2. Беседа:

Патопсихолог проводит беседу с пациентом, чтобы собрать информацию о его истории болезни, переживаниях, трудностях и интересах.

3. Эксперимент:

В патопсихологическом эксперименте пациенту предлагаются различные задания, которые позволяют оценить состояние его когнитивных функций (памяти, внимания, мышления) и личностных особенностей (эмоциональной сферы, мотивации). Эксперимент позволяет определить, как нарушение психической деятельности проявляется в конкретных ситуациях, и как она отличается от нормы.

4. Тесты:

Патопсихологические тесты позволяют стандартизированно оценить различные психические функции (например, тесты на оценку интеллекта, памяти, внимания, эмоциональной стабильности).

5. Дополнительные методы:

В некоторых случаях могут использоваться и другие методы, например, анализ продуктов деятельности пациента (письма, рисунки и т.д.).

Особенности применения:

Целенаправленность:

Патопсихологические методики применяются для диагностики конкретных нарушений психической деятельности.

Индивидуальный подход:

Подбор методик и их применение должны быть адаптированы к особенностям конкретного пациента и его заболевания.

Профессиональная интерпретация:

Результаты патопсихологического исследования должны быть интерпретированы квалифицированным специалистом (патопсихологом).

Примеры конкретных методик:

Методики для исследования мышления:

например, исследование структуры мышления, его динамики, логичности и соответствия ситуации.

Методики для исследования памяти:

например, тесты на оценку кратковременной и долговременной памяти, памяти на слова, картинки, лица и другие стимулы.

Методики для исследования внимания:

например, тесты на оценку объема, концентрации, распределения внимания, устойчивости внимания.

Методики для исследования интеллекта:

например, тесты, оценивающие различные аспекты интеллектуальной деятельности, такие как словесные и несловесные способности, решение проблем и логическое мышление.

Методики для исследования эмоционально-личностной сферы:

например, психодиагностические тесты, направленные на оценку тревожности, депрессии, агрессии, социальной адаптации и других личностных особенностей.

27. Шизофренический симптомокомплекс.

Шизофренический симптомокомплекс – это совокупность симптомов, характерных для шизофрении и включающих в себя психоз, бредовые идеи, галлюцинации, нарушения мышления и поведения, эмоциональную уплощенность и когнитивные дефициты.

Elaboration:

Шизофрения – это психическое заболевание, которое характеризуется нарушением когнитивных функций, эмоций, и поведения. Симптомокомплекс шизофрении может варьировать в зависимости от стадии болезни и типа шизофрении.

Основные симптомы:

Психоз:

Нарушение сознания, мышления и восприятия, часто проявляющееся бредом и галлюцинациями.

Бред:

Необоснованные убеждения, которые не соответствуют реальности, например, убеждение в преследовании или необычных способностях.

Галлюцинации:

Иллюзорные восприятия, например, слуховые голоса или зрительные образы, которые не соответствуют реальности.

Нарушения мышления и речи:

Нелогичная, разрозненная или неясная речь, а также трудности в структурировании мыслей.

Эмоциональная уплощенность:

Уменьшение эмоциональной выразительности, снижение способности испытывать радость или печаль.

Когнитивные дефициты:

Нарушения внимания, памяти, исполнительных функций и других когнитивных способностей.

Изменения поведения:

Действия, которые кажутся странными, необычными или неадекватными.

Социальная и профессиональная инвалидность:

Трудности в поддержании социальных контактов и выполнении профессиональных обязанностей.

28. Олигофренический симптомокомплекс.

Олигофренический симптомокомплекс – это совокупность характерных признаков, проявляющихся у людей с олигофренией (умеренной или легкой умственной отсталостью). Эти признаки затрагивают разные сферы:

когнитивные, эмоциональные, поведенческие и социальные.

Основные характеристики олигофренического симптомокомплекса:

Когнитивные нарушения:

Дефицит интеллектуальных способностей, проявляющийся в затруднениях с усвоением информации, формированием понятий, абстрактным мышлением, решением задач.

Сложности в развитии высших психических функций, таких как внимание, память, мышление.

Примитивность мышления, склонность к конкретным, а не абстрактным представлениям.

Дефицит общих знаний и сведений.

Эмоциональные и поведенческие особенности:

Повышенная внушаемость и подражательность.

Эмоциональная неустойчивость, склонность к бурным и кратковременным реакциям.

Нарушения эмоционального саморегуляции, затруднения в понимании эмоций других людей.

Социальная неадаптация, трудности в общении и установлении контактов.

Повышенная тревожность, страхи, апатия или, наоборот, повышенная возбудимость.

Особенности личности:

Умеренное или легкое снижение адаптивных навыков в повседневной жизни (например, трудности в самостоятельной одежде, приеме пищи, соблюдении правил гигиены).

Незначительные или минимальные отклонения в социальном поведении, которые не нарушают общественные нормы в значительной степени.

Различия между симптомокомплексом и синдромом:

Симптомокомплекс — это совокупность всех симптомов, проявляющихся у человека на данный момент, включая те, которые могут быть не связаны общим патогенезом.

Синдром — это устойчивое сочетание взаимосвязанных симптомов, обусловленное общим патогенетическим механизмом.

Олигофренический симптомокомплекс может включать в себя различные сочетания перечисленных выше нарушений, что зависит от индивидуальных особенностей развития и тяжести интеллектуальной недостаточности.

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации по изучению разделов

Раздел 1 Теоретические знания и умения раздела включают в себя систему универсальных и специфических (для профессиональной деятельности) требований и норм делового взаимодействия, призванные формировать модели поведения и вырабатывать необходимые умения и навыки деловых отношений, формировать позитивную установку на их дальнейшее развитие.

Содержание данного раздела представляет собой теоретическую основу для освоения последующего материала дисциплины. В ходе изучения данного раздела необходимо уделить внимание основным понятиям: коммуникация, деловая коммуникация, эмпатия, рефлексия, идентификация. Изучаемый круг вопросов основан на базовых теоретических положениях социальной психологии.

Раздел 2. Методические указания по составлению и решению учебных кейсов. Кейс представляет собой самостоятельную индивидуальную или коллективную письменную работу обзорно-аналитического характера, посвященную описанию проблемной ситуации в области организационного поведения, со ссылкой на конкретные источники.

Авторами кейса могут быть отдельные студенты или группы студентов из двух или трех человек.

Общие требования: актуальность ситуации и организационный уровень. Кейс имеет общий объем 1–2 страницы стандартного текста и должен включать следующие обязательные элементы:

1. Тема кейса (должна соответствовать теме семинара).
2. Информация об авторе.
3. Название (одним предложением).
4. Проблемная ситуация (ее краткое изложение одним абзацем).
5. Участники.
6. Описание ситуации (1 страница текста, поясняющего суть вопроса или ситуации).
7. Принятое решение (если оно имеется на данный момент, а если его нет, то вариант предлагается автором кейса).
8. Источник информации (откуда взята эта информация). Сдача готового кейса Кейс сдается преподавателю в электронном и бумажном виде не позднее даты практического занятия.

Решение кейса При рассмотрении кейса необходимо дать ответы на следующие вопросы:

1. Действительно ли рассматриваемая ситуация относится к организационному уровню?
2. Правильно ли определены участники?
3. Достаточно ли информации кейса для принятия оптимального решения и чего еще не хватает?
4. Является ли принятое (предложенное) решение оптимальным (оптимальным считается такое решение, при котором общие потери сторон минимальны, а общий выигрыш максимален)?
5. Насколько актуальна данная ситуация?

Методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа обучающихся (СРО) направлена на закрепление и углубление освоенного учебного материала, развитие практических умений и навыков.

Виды СРО:

- выполнение индивидуального творческого задания (ИТЗ);

- самостоятельное изучение разделов;
- самоподготовка (проработка и повторение лекционного материала и материала учебников и учебных пособий);
- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к тестированию;
- подготовка к итоговому контролю.

В ходе изучения дисциплины предусмотрено выполнение самостоятельной работы в следующих формах:

1. аудиторная самостоятельная работа (на лекциях, на практических занятиях);
2. внеаудиторная самостоятельная работа.

К аудиторной самостоятельной работе на лекциях относится:

- написание конспекта лекций: кратко, схематично, последовательно фиксировать основные положения, выводы, формулировки, обобщения; пометать важные мысли, выделять ключевые термины;
- проверка терминов, понятий с помощью энциклопедий, словарей, справочников с выписыванием дефиниций и толкований в тетрадь;
- обозначение вопросов, терминов, материала, который вызывает трудности; пометить их и попытаться найти ответ в рекомендуемой литературе, если самостоятельно не удастся разобраться в материале, необходимо сформулировать вопрос и задать преподавателю на консультации, на практическом занятии.

К аудиторной самостоятельной работе на практических занятиях (семинарах) относится:

- проработка рабочей программы, уделяя особое внимание целям и задачам структуре и содержанию дисциплины;
- конспектирование источников;
- работа с конспектом лекций, подготовка ответов к контрольным вопросам, просмотр рекомендуемой литературы, решение казусов (задач) по соответствующей теме.

2. Внеаудиторная самостоятельная работа включает такие формы, как:

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется обучающимся по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

- изучение программного материала дисциплины (работа с учебниками и конспектом лекции);
- изучение рекомендуемой литературы;
- конспектирование источников;
- работа с правовыми актами;
- работа с электронными информационными ресурсами и ресурсами Internet;
- составление плана и тезисов ответа на практическом занятии (семинаре);
- выполнение тестовых заданий;
- решение задач;
- подготовка к аттестации.

Контроль за самостоятельной работой студентов проходит на семинарских занятиях в формах, предусмотренных планом самостоятельной работы.

Методические рекомендации к самостоятельному изучению тем.

Самостоятельное изучение тем – это вид учебной деятельности, выполняемый учащимся без непосредственного контакта с преподавателем через специальные учебные материалы, предусматривающее прежде всего индивидуальную работу учащихся в соответствии с установкой учебника, программы обучения.

Целью самостоятельного изучения тем является овладение фундаментальными знаниями, опытом творческой, исследовательской работы, проектировочными навыками.

Содержание внеаудиторной самостоятельной работы определяется в соответствии с видами организации самостоятельной (внеаудиторной) работы. В практике самостоятельного изучения тем можно выделить следующие задачи:

- **овладение знаниями:** чтение текста (учебника, правового акта, дополнительной литературы); составление плана текста; графическое изображение структуры текста; конспектирование текста; выписки из текста; работа со словарями и справочниками; ознакомление с нормативными документами; анализ содержания Интернет-ресурсов и др.;

- **закрепление и систематизация знаний:** составление плана и тезисов ответа; составление таблиц для систематизации учебного материала; ответы на контрольные вопросы; решение задач или упражнений.

В качестве форм и методов контроля самостоятельного изучения тем могут быть использованы фронтальные опросы на практических занятиях (семинарах), тестирование, зачеты, контрольные работы и др.