

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

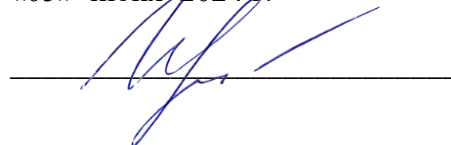
УТВЕРЖДАЮ

Декан

факультета социальной работы и
клинической психологии

Гуляевская Н.В.

«05» июня 2024 г.



ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия

Шифр дисциплины: Б1.В.06

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Форма обучения: очная

Год набора: 2024

Оценочные материалы по дисциплине «Когнитивно-бихевиоральная психотерапия» является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 37.05.01 – «Клиническая психология»

Оценочные материалы разработали сотрудники кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
1	2	3
Гольдин Б.Г.	доцент	к.м.н., доцент
Шперлинь А.В.	преподаватель	-

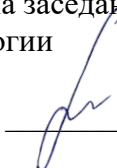
Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра/организация
1	2	3	4
Ганпанцурова О.Б.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедра практической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

Оценочные материалы рассмотрены и одобрены на заседании кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Протокол № «07» от «05» июня 2024 г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Овчинников А.А.



Оценочные материалы рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии по специальности «Клинической психологии» и «Социальная работа».

Протокол № «06» от «31» мая 2024 г.

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине
«Когнитивно-бихевиоральная психотерапия»**

№ п/п	Контролируемые дидактические единицы дисциплины*	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1.	Философские и методологические основы КБТ.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
2.	Поведенческая психотерапия.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
3.	Рационально эмотивная психотерапия А. Эллиса	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
4.	Когнитивно - поведенческая психотерапия А. Бека.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
5.	Терапия эмоциональных схем Р. Лихи.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
6.	АСТ терапия принятия и ответственности С. Хейса.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
7.	Диалектическая поведенческая психотерапия М. Линехан.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
8.	Схема – терапия Дж. Янга.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
9.	Концептуализация и основные техники когнитивно – бихевиоральной терапии.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
10.	Когнитивно – бихевиоральная терапия	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1;	Устный опрос

	в работе с депрессией.	Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
11.	Когнитивно – бихевиоральная терапия в работе с тревогой.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена
12.	Когнитивно – бихевиоральная терапия в работе с расстройствами личности.	ПК – 1, ПК – 3. Ум 1; Ум 2; Ум 3; Ум 4. По 1, По 2, По 3.	Устный опрос Ситуационные задачи Вопросы для экзамена

Итоговый контроль
Экзаменационные билеты

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет социальной работы и клинической психологии

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия

Билет № 1

1. Вопрос....
2. Вопрос....
3. Ситуационная задача...

Зав. кафедрой

А.А. Овчинников

М.П.

Перечень вопросов для подготовки

1. Исторические условия и предпосылки возникновения когнитивно - бихевиорального подхода в психотерапии и консультировании.
2. Обобщенная характеристика когнитивно - бихевиорального подхода в психотерапии и консультировании.
3. Философские основания когнитивно – бихевиоральной терапии.
4. Преимущества и недостатки когнитивно-поведенческого подхода.
5. Особенности терапевтических отношений в когнитивно - бихевиоральной психотерапии и консультировании.
6. Основные принципы и направления поведенческой психотерапии.
7. Техники поведенческой терапии, основанные на классическом обусловливании.
8. Техники поведенческой психотерапии: систематическая десенсибилизация.
9. Техники поведенческой психотерапии: жетонная система подкрепления.
10. Техники поведенческой терапии, основанные на социальном научении.
11. Рационально-эмотивно-поведенческая психотерапия. Основные характеристики. Цели. Модель «активирующее событие – убеждения - последствия».
12. Рационально-эмотивно - поведенческая психотерапия: когнитивные техники диспутирования.
13. Феномен иррациональных установок. Примеры ситуаций нарушений психического функционирования, связанных с иррациональными установками.
14. Принципы диагностики иррациональных установок, с учетом индивидуальных особенностей испытуемых.
15. Основные техники рационально-эмоциональной терапии.
16. Когнитивно – поведенческая психотерапия А. Бека. Основные характеристики. Понятие об автоматических мыслях, убеждениях, когнитивных искажениях.
17. Когнитивно – поведенческая психотерапия А. Бека: техники выявления и коррекции автоматических мыслей.
18. Когнитивно– поведенческая психотерапия А. Бека: техники выявления и коррекции убеждений.
19. .Классификация поведенческих правил по А. Беку и их роль в нарушении психического функционирования.
20. Когнитивные схемы и когнитивный сдвиг.
21. Основные фазы когнитивно – поведенческой терапии. Направленность, содержание, мишени.

22. Когнитивная концептуализация. Назначение, понятия, примеры.
23. Принципы и техники проработки дисфункциональных когниций.
24. Техники работы с дисфункциональными переживаниями принципы и техника формирования домашних заданий.
25. Техники работы с фиксированными формами поведения в когнитивно – поведенческой терапии.
26. Модель эмоциональных схем.
27. Основные измерения эмоциональных схем и их содержание.
28. Эмоциональная социализация и её влияние на психическое функционирование.
29. Принципы терапии эмоциональных схем. Функциональные и дисфункциональные переживания.
30. Когнитивные, поведенческие и эксперенциальные техники работы с эмоциями.
31. АСТ терапия принятия и ответственности. Основные цели и принципы.
32. Гексафлекс - основной трансдиагностический протокол АСТ терапии.
33. Метафоры в АСТ терапии. Назначение и примеры применения.
34. Роль целей и ценностей в АСТ терапии.
35. Концептуализация и техники в АСТ терапии.
36. Диалектическая поведенческая терапия. Теоретические основы и принципы.
37. Основные мишени в диалектической поведенческой психотерапии
38. Ключевые навыки, формируемые с помощью диалектической поведенческой терапии.
39. Шестиступенчатая техника управления эмоциями в диалектической поведенческой психотерапии.
40. Адаптивные и дезадаптивные стратегии решения проблем в диалектической поведенческой психотерапии.
41. Схема – терапия. Основные принципы, особенности метода и ключевые цели.
42. Значение базовых эмоциональных потребностей и раннего детского опыта в нарушении психического функционирования с позиций схема – терапии.
43. Функциональные и дисфункциональные схемы и режимы в схема - терапии.
44. Репарентинг и эмпатическая конфронтация в схема – терапии.
45. Рескриптинг в схема – терапии, условия и техники проведения.
46. Когнитивная триада депрессии А. Бека.
47. Модель когнитивно – поведенческой психотерапии депрессивных расстройств.
48. Работа с симптомами - мишенями при депрессивных расстройствах.
49. Техники работы с депрессогенными убеждениями.

50. Протокол когнитивно – поведенческой психотерапии при депрессивных расстройствах.
51. Принципы когнитивно – поведенческой психотерапии тревожных расстройств.
52. Когнитивно – поведенческая модель тревоги.
53. Терапевтические техники и алгоритм терапии тревожных расстройств.
54. Когниции тревожно-фобических расстройств.
55. Протокол когнитивно – поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах.
56. Принципы когнитивно – поведенческой психотерапии аффективных расстройств.
57. Принципы когнитивно – поведенческой психотерапии невротических расстройств.
58. Принципы когнитивно – поведенческой психотерапии при паническом расстройстве.
59. Принципы когнитивно – поведенческой психотерапии агорафобии и социофобии.
60. Принципы когнитивно – поведенческой психотерапии при обсессивнокомпульсивном расстройстве.

Критерии определения оценок при ответе на экзаменационные вопросы

Оценка **«отлично»** выставляется студенту при соблюдении следующих требований:

- глубокое знание основных понятий предмета;
- умение использовать и применять полученные знания на практике;
- работа на семинарских занятиях;
- знание основных научных теорий, изучаемых предметов;
- ответ на вопрос билета.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту при соблюдении следующих требований:

- незначительные неточности при ответе на вопросы билета
- необходимость уточняющих вопросов для конкретизации понятий
- знание основных понятий предмета

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту при соблюдении следующих требований:

- значительные неточности при ответе на вопросы билета
- необходимость многочисленных «наводящих» вопросов
- низкая активность студента в течение семестра

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту при соблюдении следующих требований:

- незнание основных понятий предмета;
- неумение использовать и применять полученные знания на практике;
- не работал на семинарских занятиях;
- не отвечает на вопрос билета.

Перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
2	Устный опрос	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы занятия по дисциплине, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Ситуационные задачи	Описание проблемной клинической ситуации, позволяющей оценить знания и умения студентов в области диагностической деятельности	Фонд ситуационных задач

Устный опрос

1. Базовая теория КБТ: основные имена, основные положения КБТ. Развитие и текущий статус КБТ, сфера применения.
2. Когниции: определение, виды (долженствования и пр.). Идентификация когниций (схема ABC).
3. Когнитивное содержание тревоги.
4. Когнитивное содержание депрессии
5. Характерные особенности практики КБТ.
6. Стандартные «мифы» о КБТ, их критика. Ограничения КБТ
7. Особенности терапевтических отношений в КБТ.
8. Формулировка случая в КБТ.
9. Роль домашних заданий в КБТ. Обучение клиентов самоподдержке.
10. Обучение клиентов обращению с «рецидивами».
11. Сократовский метод ведения диалога.
12. Когнитивные техники терапии при «когнитивных искажениях».
13. Когнитивные техники терапии при «автоматических мыслях».
14. Значение поведенческих экспериментов в КБТ.
15. Принципы краткосрочной мультимодальной психотерапии А.Лазаруса.
16. Принципы терапии реальностью У.Глассера.
17. Таблица СМЭР. Правила заполнения, примеры.
18. Когнитивно-бихевиоральная терапия Д.Мичебаума: характеристики и область применения техники «прививка от стресса».
19. Главные постулаты РЭПТ А. Эллиса.
20. Принципы когнитивно – поведенческой терапии А. Бека.
21. Техники релаксации. Контролируемое дыхание.
22. Терапевтический процесс КБТ: особенности, задачи, схема работы.

Критерии оценки результатов текущего опроса

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный, в том числе лекционный, материал, последовательно, четко и самостоятельно (без наводящих вопросов) отвечающему на вопрос.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, твердо знающему программный, в том числе лекционный, материал, грамотно и по существу, отвечающему на вопрос и не допускающему при этом существенных неточностей (неточностей, которые не могут быть исправлены наводящими вопросами или не имеют важного практического значения). То же относится к освещению практически важных вопросов.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который обнаруживает знание основного материала, но не знает его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, излагает материал с нарушением последовательности, отвечает на практически важные вопросы с помощью или поправками преподавателя.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который не знает значительной части программного, в том числе лекционного, материала и/или допускает существенные ошибки в изложении материала.

Ситуационные задачи

Задача 1. Пациент сообщает о возникновении внезапных приступов страха, неприятных ощущениях в области сердца, одышки, тремора, головокружения. Сообщает, что последние несколько месяцев стал избегать людных мест, общественного транспорта, очередей.

Вопрос: Как можно описать данное состояние?

Задача 2. Пациентка жалуется на снижение настроения, описывает его как подавленное, отмечает, что затруднено запоминание, стала рассеянной, считает, что ответственна за проблемы, возникающие в семье и на работе.

Как типизируется данный синдром в случае отсутствия иных проявлений?

Задача 3. Пациент заявляет, что «все окружающее потеряло смысл действительности: столы, стулья, люди - все недействительно», «мир выглядит неотчетливо, призрачно, как будто через вуаль».

Вопрос: Определите симптом? При каких синдромах он встречается?

Задача 4. Пациентка Б., 37 лет, продавец. Поступила в клинику с суицидальной попыткой. В отделении заторможена, лежит неподвижно с закрытыми глазами. Выражение лица скорбное. При обследовании указаний врача не выполняет, но активного сопротивления не оказывает. На вопросы не отвечает или дает краткие, формальные ответы: «Не знаю... Не помню...». Не реагирует на события, происходящие в отделении. Кормится с принуждением, иногда приходится кормить больную искусственно, вводя пищу с помощью зонда. На свидании с родственниками сидит молча, опустив голову, принесенные ими продукты брать отказывается. Просит не называть её по имени-отчеству. Она не достойна этого, говорит о желании умереть, просит дать ей яду. Считает, что муж, с которым она поссорилась незадолго до помещения в больницу, оскорбляет её заслуженно: «Я такая и есть как он говорит мне».

Вопрос: Квалифицируйте расстройство.

Задача 5. Больной 44 лет, перенес обширный инфаркт миокарда. До инфаркта хорошо переносил физические нагрузки, считал себя практически здоровым. Решением МСЭК ему определена 2-ая группа инвалидности. Направлен на консультацию к психиатру в связи с суицидными высказываниями. При осмотре: Ориентировка сохранена. Фон настроения снижен. При разговоре о болезни на глазах появляются слезы. Считает себя тяжело больным, в ходе беседы быстро утомляется, жалуется на снижение памяти, трудность концентрации внимания, пессимистически оценивает свои жизненные перспективы, не верит в выздоровление. Заявляет, что "стыдно быть иждивенцем в семье". Моторной и идеаторной заторможенности не определяется, бреда и галлюцинаций нет. Суицидные намерения отрицает ("сказал об этом по глупости"). Ищет сочувствия, сопереживания.

Вопрос: Квалифицируйте расстройство.

Задача 6. Пациент С., 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом «скорой помощи»: инфаркт миокарда, в дальнейшем был отвергнут. Но с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он в любой момент может упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в

душном помещении, в большой толпе. Перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях. Объясняет тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем С. прибегал на завод и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. Однажды по дороге на завод больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем несколько раз с большим риском для жизни проделывал это, хотя и отдавал себе отчет; что между подобным рискованным поступком и опасностью на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу.

Вопрос: Квалифицируйте расстройство.

Задача 7. Пациентка К., 28 лет обратилась с жалобами на то, что ее после общения с подругой, перенесшей операцию, преследует мысль о раке молочной железы. Онколог патологии не обнаружил. Понимая, что причин для беспокойств нет, не может заставить себя не думать об этом. Последнее время похудела, быстро устает, жалуется на бессоницу, тревогу, раздражительность, плохой аппетит. Считает себя психически больной. Просит о помощи.

Вопросы:

1. Квалифицируйте синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 8. Пациент К., 21 год, с обратился жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.

Вопросы:

1. диагностируйте данное расстройство в соответствии с классификацией МКБ-10.
2. назовите, наиболее часто встречающиеся коморбидное тревожное расстройство.
3. укажите основные виды психотерапии.

Задача 9. Пациент Г., 32 лет, рассказал, что около месяца назад в туннеле вагона метро испытал внезапный приступ страха, который сопровождался сердцебиением, одышкой, урчанием в животе. Не выдержал «эмоционального напряжения» стал метаться по вагону. Отмечает, что помнит каждую секунду, было стыдно перед пассажирами, но сдерживать себя не мог. Выбежал из метро, до дома добирался наземным транспортом. В течение месяца до работы добирался «на автобусах». Повторный приступ произошел через 5 дней на остановке, где скопилось много людей. Появился страх возникновения нового приступа, «а бежать не куда». Нарастала тревога, сердцебиение, одышка. Растолкав людей, побежал в сторону дома. В настоящее время не работает, испытывает страх возникновения нового приступа, активно ищет помощь.

Вопросы:

1. назовите симптомы и синдромы.
2. для какого расстройства характерна агорафобия?
3. каков прогноз расстройства

Задача 10. Пациент В., 40 лет, с подросткового возраста отличался впечатлительностью, ранимостью. Склонность к тревожным опасениям проявлялась в боязни опоздать на занятия, получить замечание, отвечать у доски. В зрелом возрасте данные черты сгладились, в то время как на первый план выступили черты ригидности, упрямства, а также, высокая степень склонности к сомнениям и отсутствие внутренней уверенности. Заболел около двух лет назад. На протяжении этого времени испытывает постоянную тревогу, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, ожидание худшего. Тревога охватывает все стороны социального функционирования данного больного. Засыпает и просыпается с тревогой. С критикой относится к своему заболеванию, активно ищет помощи.

Вопросы:

1. определите диагноз.
2. назовите коморбидное расстройство.
3. каков прогноз расстройства.

Задача 11. Пациентка М., 28 лет. Живет в постоянном страхе заразиться венерической болезнью. Постоянно моет руки. Даже летом носит перчатки. После посещения магазинов 1 – 1,5 часов моется в ванной. При контакте с людьми проделывает фигурные повороты плечами, так как считает, что это предостерегает ее от «заразы». Разубеждению не поддается.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан?
2. Нуждается ли больная в недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

Задача 12. Пациентка А., 19 лет, воспитывалась мамой и бабушкой в условиях гиперопеки и повышенной требовательности, неуверенная в себе, склонная к сомнениям и осторожности. Стремится все делать «по правилам», «как положено». Чрезмерно добросовестная, педантичная, скрупулезная. Любит, чтобы ее похвалили за успешно выполненную работу, даже в ущерб собственным интересам. Хочет, чтобы и другие делали все так, как считает правильным она.

Вопросы:

1. Квалифицируйте расстройство.
2. Подлежит ли данная пациентка диспансерному наблюдению?

Задача 13. Пациентка Р., 25 лет, не работает. В детстве была капризной, избалованной. В школе училась хорошо, учителя часто хвалили, привыкла быть «на виду». Любила художественную литературу, вживалась в образы героинь, могла часами пребывать в «фантазиях и мечтах».

Несколько месяцев назад после незначительной семейной ссоры с мужем появился «резчайший сердечный приступ», ощущала удушье, похолодание кончиков пальцев, а затем «перебои в сердце». Приступ сопровождался «нервным плачем», долго не могла успокоиться, металась по кровати, боялась надвигающейся смерти, прощалась с родными. В последующем воображение неоднократно рисовало картину пережитого приступа,

опасалась его повторения, при резких эмоциональных встрясках возникали «в смягченной форме перебои и сердцебиение». Затем однажды ночью проснулась, обнаружила отсутствие мужа, который задержался на работе. Сразу возникло предчувствие какого-то несчастья, ярко представляла себе «картины гибели мужа, его тело в морге». Появилась «резкая дурнота», спазм в горле, затем икота, сопровождавшаяся сердцебиением. Увидев вернувшегося мужа, быстро успокоилась. В дальнейшем икота появлялась в присутствии близких, усиливалась при волнении. Добилась, чтобы муж сменил работу, чаще бывал дома.

Психическое состояние: взволнована беседой, громко икает, руки трясутся. Постепенно успокаивается, доверительно рассказывает о своих переживаниях. Красочно описывает возникающие при волнении «боли в сердце», мучительное «спирание в горле», «нехватку воздуха, обмирание тела, похолодание рук и ног». В присутствии мужа держится капризно, отворачивается от него, считает его «виновником» возникшего тяжелого состояния.

Вопрос: Квалифицируйте расстройство.

Задача 14. Пациент Г., 40 лет. В детстве отличался лживостью, неровными успехами в учебе. Являясь единственным ребенком, постоянно ускользал от родительского контроля. Первые уходы из школы и дома были зафиксированы уже в возрасте 10 лет. На наказания никак не реагировал. Стал воровать деньги у родителей и на них покупал алкоголь. С криминальными компаниями познакомился в 12 лет. Благодаря социальному положению родителей окончил среднюю школу и был определен в школу милиции. Однако ее не окончил в связи с тем, что приходил на занятия в нетрезвом состоянии. Упреки родителей и воспитательные меры ни к чему не приводили. Дважды был судим за кражи, но по возвращении из заключений никаких выводов не сделал. Для того чтобы получить деньги, которые проигрывал в казино, распускал слух о смерти отца и собирал деньги на его похороны, под гарантии его имени занимал значительные суммы. Последние годы не имеет определенного места жительства и занимается воровством цветных металлов и сбором пустых бутылок на свалках. При беседе безмятежно уверяет, что такой образ жизни ему нравится, и обвиняет родителей в том, что они не помогают ему материально.

Вопрос: Квалифицируйте расстройство.

Задача 15. Больной Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно давала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал рассказ о гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

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

Задача 16. Женщина 26 лет, медицинская сестра. Ночью просыпается, идет на кухню и начинает поедать все продукты, попадающиеся ей под руку. Останавливается только через час или два, или если не может найти больше никакой пищи. Приступы обжорства стали появляться на протяжении пяти лет. Терапевт направил ее на амбулаторное лечение у психотерапевта по поводу переедания, связанного с депрессией. Перед приступом наблюдалось чувство выраженного напряжения, а после наступало расслабление в сочетании с ощущением стыда и отчаяния. За год до обращения к врачу частота приступов увеличилась до двух или трех в неделю. Обычно вставала ночью после нескольких часов сна. После поедания всего, что она могла найти, чувствовала, что объелась, но рвоты никогда не было. Ее вес был нестабильным, она пыталась поддерживать его в пределах нормы только с помощью голодания между приступами переедания. Отрицательно относилась к полноте, но при этом никогда не была стройной. Ее приступы переедания привели к отчаянию. Решила покончить с собой, приняв большую дозу снотворных таблеток. С работой пациентка справлялась хорошо. При осмотре выглядит спокойной и сдержанной. Настроение слегка снижено, заплакала, описывая свои трудности. Никаких психотических расстройств отмечено не было.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 17. Больная А., 35 лет, инженер. По характеру сензитивная, мнительная, повышенно интересуется своим здоровьем. После прослушивания популярной лекции о раке «запала в память вирусная теория рака», постоянно возникали мысли о возможности заражения, «мысли не отпускали, мучили, мешали». Внезапно узнала у подруги, что ее мать больна раком. Почувствовала себя плохо, испытывала страх, быстро ушла домой, где долго мыла руки, «пока не успокоилась». Вскоре страх стал возникать после каждого прикосновения подруги, боялась заразиться раком, «мысли не исчезали, преследовали, мучил страх»; пользовалась любым предлогом, чтобы вымыть руки. Через месяц стала испытывать страх при прикосновении и других людей к ее рукам; позже перестала пользоваться предметами, если ими пользовался сослуживец с «грязными руками». Понимает всю необоснованность, нелепость своих страхов. Самостоятельно обратилась в клинику с просьбой о лечении.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 18. Больной В., 37 лет, писатель. По характеру неуверенный в своих силах, сенситивный, с легкой сменой настроения. Сроки издательства требовали быстрого окончания перевода книги, возникли разногласия, конфликты. Работал много, увлекался, а после конфликтов «как-то сдал, хотелось все бросить, уехать». Не мог сосредоточиться на работе, быстро уставал, становился рассеянным, допускал грубые ошибки. Днем работоспособность «упала до нуля», пытался работать вечером, почувствовал себя окончательно разбитым, уставшим, «мысли разбегались, терялись». Чувствовал себя ничемным, безвольным, росло недовольство собой. Нарушился сон, засыпал с трудом, беспокоили сны о прошедшем дне. Чтение художественной литературы утомляло, вызывало раздражение, переживал, что не может работать. Вина себя в безволии, презирал себя за это, «не хотелось жить таким человеком». Жаловался на вялость, слабость, безволие, плохое настроение, трудное засыпание, поверхностный сон с частыми пробуждениями. Обеспокоен болезнью, тревожится за свое будущее в работе. Называет себя «нытиком», «ипохондриком». Выражение лица грустное, на глазах слезы. Часто говорит, что утратил уверенность в своих силах, творческих возможностях, подвел издательство, товарищей. В беседе быстро истощается, на глазах появляются слезы, замолкает. Взглядом ищет сочувствия и понимания у врача, разубеждения, опасаясь, что у

него найдут «тяжелое, неизлечимое заболевание». Успокаивается, прибодряется после психотерапевтической беседы.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 19. Девушка В., 15 лет. Последний ребенок в семье, единственная девочка, «последняя надежда и радость родителей». С детства ее воспитывали эгоцентрически-гиперсоциально. В подростковом возрасте гиперопека достигла степени подавления всякой самостоятельности и инициативы (за нее все делали и решали родители). В 13 лет девочка стала тяготиться сверхконтролем родителей и братьев, появился выраженный интерес к мальчикам. В период становления менструального цикла из худенькой грациальной девочки стала превращаться в полную девушку, что было отмечено ее одноклассниками. Стала ограничивать себя в пище, составляла растительные диеты, а в 15 лет, по сути отказалась от приема пищи. Тревога родителей в связи со значительным исхуданием девочки заставила их обратиться к психиатру.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 20. Больной С., 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом «скорой помощи»: инфаркт миокарда, в дальнейшем был отвергнут. Но с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он в любой момент может упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Перестал ездить в автобусе, в трамвае — как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях. Объясняет тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем С. прибегал на завод и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. Однажды по дороге на завод больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем несколько раз с большим риском для жизни проделывал это, хотя и отдавал себе отчет; что между подобным рискованным поступком и опасностью на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу.

Вопрос: Определить синдром и диагноз.

Задача 21. Больной С., 37 лет, научный работник. На приеме разговор начал с просьбы не считать его психически больным в собственном смысле этого слова: он сознательный человек, успешно трудится, заканчивает диссертацию. Однако за последние месяцы он стал замечать у себя постоянно угнетенное настроение. Тоски, собственно, нет. Скорее это чувство усталости, безволие, недовольство самим собой. «Хотелось бы уехать, куда глаза глядят, все бросить». Раньше был весь захвачен работой, хотелось скорее закончить диссертацию, чтобы перейти к другим делам, а теперь нет прежнего интереса. Из-за этого стал быстро утомляться, появилась рассеянность, мысли не концентрируются, а

ускользают, «разбегаются по всем направлениям». Не вызывают прежнего интереса и чтение художественной литературы, кинофильмы, театр. Все кажется серым, будничным и как будто бы давно знакомым. Рассказывая об этом больной иронизирует, называет себя нытиком, ипохондриком: «Видно, я уж не на что больше не гоюсь». Однако за этими мыслями чувствуется невольное и, видимо, неосознанное желание услышать противоположное мнение. Во всяком случае, уверения психотерапевта в полной сохранности его умственных и творческих способностей больной встречает внешне хотя и иронически, но с явным удовлетворением. Точно так же за внешней шутливостью и иронией больной не может скрыть тревоги за свое здоровье. При неврологическом обследовании он с пристальным вниманием следит за всеми действиями врача, пытаясь уловить в его тоне или выражении лица намек на наличие каких-либо серьезных симптомов заболевания. После психотерапевтической беседы больной ушел ободренным и успокоенным.

Вопрос: Определить синдром и диагноз.

Задача 22. Больная Р., 25 лет, не работает. В детстве была капризной, избалованной. В школе училась хорошо, учителя часто хвалили, привыкла быть «на виду». Любила художественную литературу, вживалась в образы героинь, могла часами пребывать в «фантазиях и мечтах». Несколько месяцев назад после незначительной семейной ссоры с мужем появился «резчайший сердечный приступ», ощущала удушье, похолодание кончиков пальцев, а затем «перебои в сердце». Приступ сопровождался «нервным плачем», долго не могла успокоиться, металась по кровати, боялась надвигающейся смерти, прощалась с родными. В последующем воображение неоднократно рисовало картину пережитого приступа, опасалась его повторения, при резких эмоциональных встрясках возникали «в смягченной форме перебои и сердцебиение». Затем однажды ночью проснулась, обнаружила отсутствие мужа, который задержался на работе. Сразу возникло предчувствие какого-то несчастья, ярко представляла себе «картины гибели мужа, его тело в морге». Появилась «резкая дурнота», спазм в горле, затем икота, сопровождавшаяся сердцебиением. Увидев вернувшегося мужа, быстро успокоилась. В дальнейшем икота появлялась в присутствии близких, усиливалась при волнении. Добилась, чтобы муж сменил работу, чаще бывал дома. Психическое состояние: взволнована беседой, громко икает, руки трясутся. Постепенно успокаивается, доверительно рассказывает о своих переживаниях. Красочно описывает возникающие при волнении «боли в сердце», мучительное «спирание в горле», «нехватку воздуха, обмирание тела, похолодание рук и ног». В присутствии мужа держится капризно, отворачивается от него, считает его «виновником» возникшего тяжелого состояния.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 23. Пациент С., 27 лет. Первый приступ паники возник на фоне алкогольной абстиненции. Ощутил сердцебиение и остановку сердца, страх, одышку. Вызвал «скорую помощь», врач определил некоторое повышение АД, была оказана необходимая помощь. С., испугавшись, совершенно бросил пить и курить, однако второй приступ произошел через месяц в совершенно спокойной обстановке, дома, во время просмотра телепередач. Понял, что с ним случилось нечто серьезное; приступ прошел через 5 минут, но повторился на следующий день и длился уже более часа. С. покинул свой дом и поселился у товарища, чтобы в случае чего «было кому вызвать «скорую помощь». До этого на работе приступы паники не отмечались, но через два месяца это произошло. На фоне отсутствия напряжения, когда он, стоя у стола, просматривал бумаги, его настиг приступ паники, тревога сопровождалась резким головокружением, он вынужден был, «чтобы не

упасть», схватиться за угол стола. Понял, что сейчас умрет. Была вызвана «скорая помощь», и стационарирован в неврологическое отделение. В период стационарного обследования паника не наблюдалась ни разу, но после выписки в тот же день она возобновилась.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 24. Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь стынет в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Задача 25. 33-летняя женщина, замужем. Явилась в клинику после того, как прочла в журнале статью об ипохондрии. На протяжении предшествующих десяти лет она подвергалась многочисленным медицинским обследованиям, так как полагала, что страдает сердечными приступами. В послеродовом периоде, при нагрузке, внезапно почувствовала учащенное сердцебиение, сильную колющую боль в груди и затруднение дыхания. Появились потливость и тремор, головокружение, неприятные ощущения в левой руке, страх смерти от сердечного приступа. Обратилась в скорую помощь, но никаких отклонений нормы выявлено не было. С тех пор подобные приступы продолжительностью 15–30 минут наблюдались около четырех раз в месяц. На протяжении более чем десяти лет часто обследовалась, убеждалась в том, что у нее нет болезни. Однако появился страх, что приступ может начаться, когда она будет находиться вне дома или в месте, где ей трудно будет получить помощь. Не расставалась с мобильным телефоном, что давало ей возможность при необходимости обратиться в скорую помощь. Избегала места большого скопления народа. Приступы возникали только в ситуациях, которых больная больше всего боялась. Поняла, что ее симптомы и попытки избежать их являются необоснованными и чрезмерными. Испытывала легкую депрессию, беспокойство и стала плохо спать. При осмотре: выглядит не депрессивной, а скорее напряженной, говорит быстро. Описывает свои жалобы живо и спонтанно. Какие-либо психотические симптомы отсутствуют.

Вопрос: Квалифицировать состояние.

Критерии оценки задач

Оценка **«отлично»** ставится, если ответ на вопросы задачи дан правильно; объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в том числе из лекционного курса). Ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.

Оценка **«хорошо»** ставится, если ответ на вопросы задачи дан правильно, объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании); Ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится, если ответы на вопросы задачи даны правильно; объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, в том числе лекционным материалом. Ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится, если ответы на вопросы задачи даны неправильно. Объяснение хода её решения дано частичное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования. Ответы на дополнительные вопросы не даны

Темы рефератов
(докладов, сообщений)

по дисциплине «*Когнитивно-бихевиоральная психотерапия*»

1. Основные принципы когнитивно-бихевиоральной психотерапии
2. Методы когнитивного реструктурирования в терапии тревожных расстройств
3. Роль поведенческих техник в лечении депрессивных состояний
4. Применение когнитивно-бихевиоральных подходов в работе с фобиями
5. Когнитивная терапия Аарона Бека: история и современные практики
6. Эффективность когнитивно-бихевиоральной психотерапии в сравнении с другими методами лечения
7. Использование экспозиционной терапии в рамках когнитивно-бихевиорального подхода
8. Работа с автоматическими мыслями и когнитивными искажениями
9. Интеграция когнитивных и бихевиоральных методик в семейной психотерапии
10. Будущее когнитивно-бихевиоральной психотерапии: тенденции и перспективы развития

Критерии оценки реферата

Оценка **«отлично»** выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на результаты современных исследований (за последние 5-10 лет), примеры из практики, мнения известных учёных в данной области. Студент в своей работе выдвигает новые идеи и трактовки, демонстрирует способность анализировать материал.

Оценка **«хорошо»** выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснованна, в работе присутствуют ссылки на результаты современных исследований (за последние 5-10 лет), примеры из практики, мнения известных учёных в данной области.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если студент выполнил задание, однако не продемонстрировал способность к научному анализу, не высказывал в работе своего мнения, допустил ошибки в логическом обосновании своего ответа.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если студент не выполнил задание, или выполнил его формально, ответил на заданный вопрос, при этом не ссылаясь на мнения учёных, не высказывал своего мнения, не проявил способность к анализу, то есть в целом цель реферата не достигнута.

Объем реферата должен быть не менее 20 стр. машинописного текста (аналог – компьютерный текст TimeNewRoman, размер шрифта 14 через полтора интервала), включая титульный лист и список литературы. В списке литературы должно быть указано не менее 10 источников (научных статей и монографий). Цитирование учебной литературы в реферате недопустимо.