

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

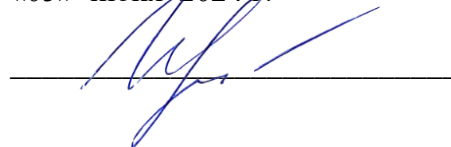
УТВЕРЖДАЮ

Декан

факультета социальной работы и
клинической психологии

Гуляевская Н.В.

«05» июня 2024 г.



МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Психоаналитическая диагностика

Шифр дисциплины: Б1.В.16

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Форма обучения: очная

Год набора: 2024

Методические указания по освоению дисциплины «Психоаналитическая диагностика» является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 37.05.01 – «Клиническая психология»

Методические указания разработали сотрудники кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
1	2	3
Филоненко Е.В.	доцент	к.м.н., доцент
Лобастов Р.Л.	преподаватель	-

Рецензент(ы):

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

Методические указания 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. _____

Методические указания рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии по специальности «Клинической психологии» и «Социальная работа».
 Протокол № «06» от «31» мая 2024 г.

1. Цель и задачи дисциплины

Цель дисциплины: сформировать у студентов представления о целях, видах и способах проведения психоаналитической диагностики в условиях психиатрического стационара, психосоматической клиники, а также консультативной и психотерапевтической практики, а также познакомить их с динамикой и структурой психоаналитического интервью, основным инструментарием психоаналитической диагностики и особенностями его применения в клинической практики.

Задачи дисциплины:

1. Раскрыть содержание основных принципов построения психоаналитической диагностики с целью обоснованного выбора наиболее оптимального формата рекомендованной в дальнейшем психологической помощи пациентам с различными психологическими проблемами или психическими расстройствами.
2. Развить у студентов клиничко-психологический арсенал способов анализа данных психоаналитической диагностики
3. Сформировать навыки написания заключений по результатам психоаналитического диагностического интервью.

2. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

- Зн.1. Основные психоаналитические подходы и концепции структуры личностной организации;
- Зн.2. Значение базовых бессознательных мотиваций и защитных механизмов;
- Зн.3. Типологию характеров в психоанализе
- Зн.4 Основные характеристики уровней психической организации по О. Кернбергу
- Зн.5. Основные модели диагностического интервью
- Зн.6. Параметры оценки личности пациента для определения тактики психотерапевтического ведения

Уметь:

- Ум.1. Определять задачи в процессе психоаналитической диагностики
- Ум.2. Планировать проведение психоаналитического интервью
- Ум.3. Выявлять интрапсихические конфликты, механизмы психических защит, ведущие мотивы, при анализе конкретных ситуаций, предлагать способы их решения с учетом структуры психической организации пациента

Ум.4. Определять объем психодиагностических мероприятий для выявления структуры психической организации

Владеть:

Вл.1 Навыками проведения интерактивного и структурного интервью

Вл.2. Навыками применения психодиагностических методик и навыками интерпретации полученных данных в результате психодиагностики

Вл.3. Навыками разработки комплекса психотерапевтических мероприятий в рамках психоанализа.

3. Основные виды занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины – лекционные занятия, практические занятия, самостоятельная работа студентов

4. Содержание дисциплины

Практическое задание № 1

Тема: «Введение в психоаналитическую диагностику»

1. Контрольные вопросы:

1. Общая теория психоанализа.
2. Теория бессознательного.
3. Вытеснение.
4. Динамическая модель психики. Бессознательное и его значение.
5. Механизмы функционирования бессознательного.
6. Принцип удовольствия. Принцип реальности.
7. Эдипова ситуация и Эдипов комплекс. Гипотеза о комплексе кастрации.

2. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-3,4, Зн.1, 2
Практическая часть занятия	Ум.1,2, Вл.1
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

1. Общая теория психоанализа.
2. Теория бессознательного.
3. Вытеснение.
4. Динамическая модель психики. Бессознательное и его значение.
5. Механизмы функционирования бессознательного.
6. Принцип удовольствия. Принцип реальности.
7. Эдипова ситуация и Эдипов комплекс. Гипотеза о комплексе кастрации.

Пример ситуационных задач

1. Родилась в НСО в семье служащего. Отец — инженер, погиб. Был веселым, общительным, любил выпить, гуляка, заводила в компаниях. Мать — спокойная, кроткая, заботливая, замкнутая. Страдала гипертонической болезнью, в преклонном возрасте перенесла инсульт, была парализована, развилось слабоумие. Около полугода лечилась в ПБ № 3, затем переведена в ПНИ, где вскоре умерла. Бабушка по линии отца покончила жизнь самоубийством (повесилась) после перенесенной психотравмы в связи с осуждением сына за воровство. Больная проживает в Москве с 8 лет. По характеру похожа на мать. В детстве была спокойной, послушной, избирательно общительной, стеснительной и боязливой. В школе с 8 лет. Первые 3 года училась плохо, так как, приехав из деревни, была не подготовлена. В дальнейшем стала учиться лучше и окончила 8 классов со средними успехами. Была прилежная, обязательная, но всегда оставалась крайне застенчивой, ранимой, обидчивой, тревожно-мнительной. Не могла отвечать уроки у доски, так как ощущала сильное волнение, дрожь в руках, груди, пропадал голос. Предпочитала точные науки. После 8 классов школы окончила планово-экономический техникум. Работала по специальности бухгалтером, продвигалась по службе. Места работы меняла очень редко: 11 лет проработала главным бухгалтером на заводе, затем 17 лет на фабрике и 12 лет на телевизионном заводе старшим бухгалтером. Общий стаж — 40 лет. Вышла на пенсию по возрасту с 55 лет и после этого из-за материальных трудностей 2 года работала продавцом. Отношения с сотрудниками всегда были хорошими. Менструации с 14 лет, протекали нормально. Половая жизнь с замужества, с 22 лет. В первом браке прожила 13 лет, развелась по собственной инициативе, так как муж злоупотреблял алкоголем. Развод перенесла легко. От первого брака имеет дочь 44 лет. Во втором браке жила 16 лет, отношения с мужем были хорошие. В 1988 г. муж умер от рака легкого. От второго брака имеет дочь. Аффективных колебаний в предменструальном периоде, во время беременности, после родов не было. Менопауза с 50 лет. Климакс перенесла очень тяжело. Беспокоили частые приливы. С 50 лет страдает гипертонической болезнью. АД повышается до 200/110 мм рт. ст. по типу кризов. Беспокоили сниженное настроение, тревога, дрожь в груди, тяжесть, ком в горле, в связи с чем лечилась в клинике неврозов дозированным голоданием в течение 7 дней, выписалась без улучшения. Тяжело перенесла смерть мужа в 1988 г. Около 2 лет находилась в угнетенном состоянии, постоянно лежала. Не могла ничем заниматься, отсутствовал аппетит, беспокоила тревога. С этим состоянием в течение 3 нед. лечилась в неврологическом отделении больницы № 54, выписалась без улучшения. Затем около 2 лет держалось гипоманиакальное состояние. Устроилась на работу продавцом, не уставала, настроение было повышено. Научилась немножко «подворовывать», хорошо зарабатывала и радовалась, что материальных трудностей в семье уже не было. В осенне-весенний период отмечалось некоторое понижение настроения. В период климакса началась тревога с ощущением тяжести в груди, с улучшением настроения к вечеру. С подобным состоянием в 1990 г. лечилась в неврологическом отделении больницы № 57, где поставили диагноз «остеохондроз грудного отдела позвоночника». Выписалась из больницы без улучшения и считает, что заболела именно с тех пор. Исключая 2 года повышенного настроения, постоянно держится пониженное. Говорит: «Тревога не покидает меня». Тревожится за дочь, за материальное положение семьи. Старалась подработать из последних сил продавцом сигарет на улице. С 2002 г. состоит на учете в ПНД. Обратилась туда по совету знакомой, так как беспокоили тоска, тревога, боль за грудиной, суточные колебания настроения с ухудшением по утрам и улучшением к вечеру. Лечилась амбулаторно,

принимала амитриптилин, реланиум. Многократно в осенне-весенний период обращалась в диспансер. В периоды ухудшения настроения временами замечала, что на улице на нее обращают внимание, осуждают ее внешний вид. Первая госпитализация в ПБ № 3 1.02.1996 г. продолжительностью 48 дней с жалобами на сниженное настроение, апатию, тревогу, слабость, плохой сон, головную боль. Лечилась триптизолом, амитриптилином, получала прозак, галоперидол в небольших дозах, феназепам и пирацетам. Вторая госпитализация 33 дня. Третий раз находилась в больнице 15 дней. Отмечались наплывы тревожных мыслей и чувство внутреннего напряжения, «как будто током ударило». В истории болезни написано, что в психическом статусе были «элементы сделанности». Четвертая госпитализация 24 дня. Получала такое же лечение. Была тревожна, тосклива, растеряна. Перед госпитализацией были суицидальные мысли. При выписке из стационара каждый раз отмечала улучшение настроения, уменьшение слабости, но внутренняя тревога за материальное положение семьи, свою будущую жизнь практически всегда сохранялась. В мае 1997 г. младшая дочь вышла замуж и ушла жить к мужу. Больная осталась в квартире одна, тяготилась одиночеством. Нарастала тревога, локализованная в груди, слабость, больная много лежала, ничем не могла заниматься, практически не выходила, замечала, что на нее с осуждением обращают внимание на улице. В начале июня услышала в голове мужской голос, который приказал ей встать, привести себя в порядок, «не кваситься», придумать, как заработать деньги на жизнь. Слуховые галлюцинации держались около недели. Подчинялась голосу, следила за собой. Временами возникало ощущение, что сама себе не подчиняется, что этот голос руководит ее поступками и действиями. Настроение оставалось тревожно-тоскливым. В конце июля несколько дней слышала в голове человеческие крики, хохот, шум. Не могла понять, что с ней происходит. Иногда выходила на балкон, искала источник шума. Была стационарирована в ПБ № 3 пятый раз. Получала амитриптилин до 100 мг, клоназепам, сонумбеин. Вскоре после выхода из больницы узнала от дочери, что она и зять наркоманы. Дочь в это время была беременна и вскоре родила ребенка. Больная узнала, что зять и дочь наделали долгов. Для того чтобы расплатиться с ними, дочь со своей семьей переехала к матери, а свою квартиру и одну комнату в квартире больной сдавала. Сейчас вся эта семья вместе с грудным ребенком, который родился нездоровым и после рождения месяц находился в стационаре, живет в одной комнате с больной. С ноября усилилась тревога с ощущением боли за грудиной, бессонница, слабость, дрожь в груди и во всем теле, появился ком в горле, снизился аппетит. К вечеру отмечала ослабление тревоги. Появились суицидальные мысли и мысли о том, что их семью околдовали, что-то сделали. Предполагала, что этим занималась мать зятя, замечала, что дочь изменила к ней отношение, стала грубой и невнимательной. За день до настоящей госпитализации услышала в голове мужской голос, который приказал ей срочно идти в больницу, к врачу. Подчинилась этому голосу: в спешке собралась и пошла за путевкой в ПНД. В таком состоянии поступила в больницу.

1. Ведущие психологические защиты.
2. Ведущие аффекты.
3. Самоотношение

Практическое задание № 2

Тема: «Уровни личностной организации. Защитные механизмы»

1. Контрольные вопросы:

- 1) Психологические защиты. Характеристики. Функции. Вопросы для оценки.
- 2) Характерологические и ситуационные типы защит. Примеры.
- 3) Первичные защитные механизмы. Характеристика. Виды. Примеры.
- 4) Вторичные защитные механизмы. Характеристика. Виды. Примеры.
- 5) Концепция М.Кляйн. Характеристика основных введенных ей понятий.
- 6) Понятие о позициях.
- 7) Соотношение понятий «уровень развития личностной организации» и «тяжесть психического нарушения»
- 8) История выделения категории пограничного уровня функционирования
- 9) Понятие об онтологической неуверенности.

2. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-1,2,
Практическая часть занятия	Ум.1,2, Вл.1, 2
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.

Контрольные вопросы

- 1) Структура личности невротического уровня (ЛНУ).
- 2) Структура личности психотического уровня (ЛПУ).
- 3) Структура личности пограничного уровня (ЛПоУ).
- 4) Характер контакта с реальностью. Способность к рефлексии.
- 5) Характер интеграции идентичности (наличие/отсутствие Я-концепции). Особенности нарратива.
- 6) Предпочитаемые защиты.

Пример ситуационных задач

Пациентка 65 лет. По данным экспериментально-психологического исследования:

Испытуемая правильно ориентирована, медлительна, откровенна в беседе. Все задания послушно выполняет, проявляет интерес к обследованию. Говорит: «Мне было интересно, я узнала про себя много нового». Просит оценить результаты, поставить ей оценку.

Слабодушна, легковолнуется, начинает плакать, внушаема. Предъявляет жалобы на снижение памяти, утомляемость, головные боли. По ее словам, путает события, деньги. Жалуется на постоянную напряженность, страх, чувство загнанности в угол. Хотя отмечает положительную динамику в своем самочувствии, просит выписать успокаивающие средства. По объективным данным выявляется истощаемость, скорее гипостенического типа. Объем внимания сужен, степень концентрации и распределения внимания недостаточна. Механическое запоминание с

легко выраженной дефицитарностью. Процесс заучивания идет медленно (4–6–6–8–8–9–10–9). Отсроченное воспроизведение — 8 слов. Опосредованная память хуже механической: из 18 слов пиктограммы правильно воспроизводит только 6. В мышлении, с одной стороны, выступает конкретность сосудистого типа, с другой стороны, отмечается некоторая нечеткость мышления (дает малоадекватные образы) при сохранности его структуры в целом, а также снижение критичности. Иносказания понимает правильно. Преморбидно испытываемая была личностью тормозимого круга, тревожно-мнительной и замкнутой. В настоящее время нарастает интравертированность, инертность. Эмоционально напряжена, тревожна. Нуждается в покое и расслаблении. В графике испытуемой отражаются «сосудистые» черты. Таким образом, при исследовании, с одной стороны, выявляются органические черты сосудистой этиологии (слабодушие, истощаемость, мнестико-интеллектуальная дефицитарность, специфическая графика). С другой стороны, выступают нечеткость и недостаточная критичность мышления у несколько «странной» личности с нарастающими интравертированностью и инертностью, находящейся в депрессивном состоянии с весьма высоким уровнем внутренней напряженности.

Формулировка вопросов для установления уровня личностной организации

Вопросы по анамнезу для выяснения уровня личностной организации

Предположения о ведущем личностном стиле (стилях)

Практическое задание № 3

Тема: «Теория объектных отношений .Теория привязанности»

1. Контрольные вопросы:

- 1) Развитие объектных отношений с позиции Фрейда
- 2) Вклад Мелани Кляйн в ТОО
- 3) Понятие о позициях. Основные позиции. Характеристика.
- 4) Понятие о проективной идентификации.
- 5) Понятие о маниакальной защите.
- 6) Взгляд А.Фрейда на развитие ОО.

2. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-1.2,
Практическая часть занятия	Ум.1,2, Вл.1, Ум.3,4, Вл.2,3
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.

Контрольные вопросы

- 1) Взгляд А.Фрейд на развитие ОО.
- 2) Дж.Боулби и его теория привязанности. Основные постулаты.
- 3) 4 типа привязанности. Характеристика.
- 4) Вклад Фэйрберна в представления об объектных отношениях.
- 5) Основные категории внутренних объектных отношений.
- 6) Винникот и его концепция об истинной/подлинной и ложной самости.
- 7) Понятие о «достаточно хорошей матери».
- 8) Понятие о переходном объекте.

Пример ситуационных задач

Психопатологическую отягощенность наследственности отрицает. Отец умер, когда больной был один год, и сведений о нем она не имеет. Мать была веселая, общительная, все принимала близко к сердцу. Умерла в 47 лет от заболевания сердца. У больной 3 брата: двое стеснительные, избирательно общительные; один — неусидчивый, упорный. Больная родилась в Челябинской области, третьей по счету. Раннее развитие без особенностей. В детстве была шустрой, но очень стеснительной. До школы воспитывалась в домашних условиях под присмотром матери. В школу пошла с 7 лет. Училась средне. Учеба давалась легко, предпочитала гуманитарные предметы, особенно литературу. Любила слушать классическую музыку. Была мечтательной, фантазеркой, придумывала сказочные истории, в которых представляла себя положительной героиней. В 9-летнем возрасте была напугана случайным мужчиной на улице, который внезапно побежал за ней и угрожал. Прибежав домой, долго не могла успокоиться, ночь не спала. С этого времени стала бояться незнакомых мужчин. Старалась избегать общества, где попадались незнакомые мужчины. Если все же попадала в такие компании, то начинала непроизвольно кричать и убегала. Такие явления оставались до 16 лет. Кроме этого, возникли повышенная вялость, плаксивость, утомляемость, раздражительность, ранимость, застенчивость. В школе боялась выходить к доске, казалось, что она не такая, как все: «Выгляжу хуже всех». С этого же времени спонтанно появилось неустойчивое, чаще пониженное настроение. Оно чередовалось с периодами хорошего настроения: участвовала в школьной самодеятельности, пела в хоре, читала стихи. С 14 лет у больной начались месячные. За 3 дня до них отмечала повышение раздражительности, плаксивости и обидчивости. Месячные были регулярные и безболезненные. Когда больной было 15 лет, умерла ее мать. Переехала жить в семью дяди. Находилась под его присмотром и опекой. Окончила 10 классов и поступила в педагогический институт. Примерно в это время в автокатастрофе погиб дядя, и больная ушла жить в общежитие. В институте училась с трудом, без особого интереса. Чувствовала постоянную утомляемость, частые головные боли, головокружения. Эмоционально была неустойчива, жаловалась на раздражительность, прерывистый сон. Через 2 года оставила учебу и поступила на курсы радисток. Однако в связи с утомляемостью и плохой памятью учиться не смогла. Поступила на Челябинский завод контролером ОТК. С работой справлялась, работала в три смены. Это ее устраивало, так как могла поздно ложиться и поздно вставать. Периодически отмечала неустойчивое настроение. Вечерами казалось, что она самая несчастная. В 1970 г. (20 лет) вышла замуж по любви и переехала в Москву. Перед свадьбой и четыре месяца после нее больная отмечала подъем

настроения: была деятельна, мало спала, готовилась к свадьбе, была многоречива, посещала театры, выставки. Через четыре месяца муж больной уехал в командировку, и ее состояние резко изменилось: появились вялость, раздражительность, плаксивость, боялась оставаться одна дома, нарушился сон, снизился аппетит. Родители мужа были настроены против нее, длительное время категорически отказывались прописывать ее в квартире, настраивали против нее сына, обижали по пустякам, питались отдельно. Это состояние длилось около 6 мес., но больная к врачам не обращалась; объясняла его ленью и тоской по уехавшему мужу. Состояние выравнилось спонтанно. Устроилась на работу на военный завод снабженцем. В 23 года родила дочь и не работала в течение 3 лет, так как ребенок страдал диспепсией. После родов вновь отмечала снижение настроения. При этом испытывала резкую слабость, головокружение, перед глазами были зеленые круги. Нарастала апатия, бессонница, появилась тоска. Была безразлична к дочери, не испытывала радости, не хотела за ней ухаживать. Дома сначала делала все через силу, а потом совсем не могла вести домашнее хозяйство. Родственники говорили, что больная ленится, она и сама так думала. К врачам не обращалась. Через два месяца состояние больной более-менее стабилизировалось. Через 3 года отдала дочку в детский сад и устроилась на работу в аптеку химиком. С работой справлялась, но дочка часто болела, и часто приходилось «быть на больничном листе». Обратилась на прием для уточнения диагноза и терапевтической тактики.

Предположительный уровень личностной организации

Вопросы для уточнения ведущих психологических защит

Ведущие аффекты

Предположительный личностный стиль (стили)

Практическое задание № 4

Тема: «Типология личности в психоаналитической диагностике. Типы личности в глубинной психологии»

- 1) Экстравертный тип. Характеристика
- 2) Интровертный тип. Характеристика
- 3) Понятие об искаженных типах
- 4) Понятие о подчиненной функции. Характеристика
- 5) Экстравертный ощущающий тип. Характеристика
- 6) Интровертный ощущающий тип. Характеристика
- 7) Экстравертный интуитивный тип. Характеристика
- 8) Интровертный интуитивный тип. Характеристика
- 9) Экстравертный мыслительный тип. Характеристика
- 10) Интровертный мыслительный тип. Характеристика
- 11) Экстравертный чувствующий тип. Характеристика
- 12) Интровертный чувствующий тип. Характеристика

2. План занятия и деятельность студента

План занятия Деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-6.7,
Практическая часть занятия	Ум.6,7, Вл.1
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.

Контрольные вопросы

- 1) Понятие об искаженных типах
- 2) Понятие о подчиненной функции. Характеристика
- 3) Вопросы для определения типа

Пример ситуационных задач

Пациентка 39 лет за 2 нед. до обращения отмечала подъем настроения, стала ярко одеваться, по несколько раз в день меняла наряды, было нужно, чтобы с ней постоянно кто-то общался. Перегревшись на солнце, почувствовала, что что-то вступило в голову, предметы расплывались, были потливость ладоней, тревога, сердцебиение. Потливость сменилась похолоданием рук, общей слабостью. Нарушился сон, снизился аппетит, а через некоторое время появилась апатия. Состояние продолжалось на протяжении недели, улучшалось в вечерние часы. Возвращаясь домой через неделю, в поезде боялась встречи с родными, в груди все сжималось, было трудно дышать, была выраженная потливость. Вышла на работу, однако справлялась с трудом. Оставался страх перед общением с людьми. Не хотелось после работы возвращаться домой, потому что к родным не было никаких чувств, даже не хотелось видеть дочь. Услышав телефонный звонок, начинала плакать; появлялась тревога, беспокойство, страх, все окружающее раздражало. Временами тревога сменялась апатией и безразличием. Дома была плаксивой и раздражительной, не занималась домашним хозяйством. За период после возвращения с юга потеряла в весе 8 кг. По совету родственников обратилась в психоневрологический диспансер (ПНД). Амбулаторно принимала тазепам, эуноктин, элениум, однако облегчения не отмечала. Оставалась головная боль, ощущение, что голова не своя, беспокойство сменялось апатией, был нарушен ночной сон, закладывало уши, настроение оставалось сниженным. Была направлена на лечение в психиатрическую больницу (ПБ) № 3. В больнице получала лечение пирасидолом до 150 мг/сут., транквилизаторами. В больнице провела 70 дней. Было значительное улучшение состояния: настроение выравнивалось, стала спокойнее, ждала свиданий с мужем, скучала по дочери. Стабилизировался сон, исчезла тревога. Была выписана из больницы, продолжала работать. В последующем больная сменила несколько видов работы: воспитатель, учетчица, продавец. После выписки из стационара наблюдалась в ПНД и принимала транквилизаторы и антидепрессанты. Тем не менее, ее состояние оставалось неустойчивым, особенно в осенне-весенние периоды, когда появлялась

депрессия. Больная поступала в больницу практически ежегодно в связи с депрессией. В периоды между поступлениями в ПБ № 3 лечилась в ПБ № 12 санаторного профиля. В том же году во время депрессии после конфликта с мужем совершила две суицидальные попытки. Оба раза пила феназепам по 13 таблеток. Выпив эти таблетки, вспоминала о дочери: «Если что случится, то дочь останется одна»; сама вызывала себе «скорую». Дважды была госпитализирована в «психосоматику». Прожила с мужем 15 лет; муж больной устал от ее болезни и ушел к другой женщине. Родители мужа тоже сыграли в этом свою роль. Развелась в 35 лет. Дома у нее остается конфликтная ситуация с родителями мужа. Они недоброжелательно к ней относятся, упрекают ее в том, что она то работает, то не работает, живет на их площади.

Уровень личностной организации

Ведущие защиты

Ведущий личностный стиль

Практическое задание № 5

Тема: «Психопатические личности. Нарциссические личности»

1. Контрольные вопросы

Нарциссические личности. Характеристика

Ведущие защиты

Ведущие аффекты

Психопатические личности. Характеристика

Ведущие защиты

Ведущие аффекты

Злокачественный нарциссизм

Типология нарциссизма

2. План занятия и деятельность студента

План занятия Деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-6.7,
Практическая часть занятия	Ум.6,7, Вл.1
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.

Контрольные вопросы

- 4) Злокачественный нарциссизм
- 5) Дифференциальная диагностика нарциссизма с антисоциальными чертами и злокачественного нарциссизма
- 6) Понятие об антисоциальных личностях
- 7) Ведущие защиты. Перспективы терапии. Прогноз

Пример ситуационных задач

5. Пациентка 45 лет. Ориентирована правильно. Тревожна, плаксива, глаза тусклые, голос тихий, монотонный. Жалуется на слабость, частые головокружения, сердцебиения, онемения конечностей; говорит, что кровь приливает к левому полушарию, испытывает жар и онемение в голове. Отмечает тоску в груди («все горит»), тревогу, онемение в кистях рук. Походка неуверенная, боится упасть из-за головокружения. Недовольна отношением дочери и родителей мужа к себе. Говорит, что они «провоцируют ухудшение ее состояния». Ипохондрична, тревожна. Обманов восприятия выявить не удастся. Отмечает отчетливые суточные колебания настроения и послабление симптоматики к вечеру. Считает себя тревожно-мнительной, стеснительной, застенчивой. По несколько раз проверяет закрыта ли дверь, выключен ли газ. Тревожна в плане своего здоровья: «Если где-нибудь кольнет, уже думаю, что это что-нибудь серьезное». Аккуратна, чистоплотна; любит, чтобы вещи лежали на своих местах, ранима, обидчива. В отделении первое время оставалась малообщительной, залеживалась в кровати, часто плакала, обвиняя дочь в ухудшении своего состояния.

Вопросы по анамнезу для уточнения уровня личностной организации

Вопросы для прояснения защит

Ведущий личностный синдром

Практическое задание № 6

Тема: «Шизоидные личности. Параноидные личности»

1. Контрольные вопросы

- 1) Шизоидные личности. Характеристика
- 2) Ведущие защиты
- 3) Ведущие аффекты
- 4) Параноидные личности. Характеристика
- 5) Ведущие защиты
- 6) Ведущие аффекты

2. План занятия и деятельность студента

План занятия Деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК- 4,5
Практическая часть занятия	Ум.6,7, Вл.1
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.

Контрольные вопросы

Пример ситуационных задач

Пациентка 37 лет, по результатам патопсихологического исследования со слов проводившего его психолога: ориентирована правильно. Контакт доступен. Жалуется на рассеянность, тревогу, потерю жизненных интересов. Мотивация к проведению обследования практически отсутствует. Часто повторяет, что у нее ничего не получится, что она «ничего не понимает в заданиях». Работоспособность и продуктивность низкие, истощаема. Объем внимания сужен, его концентрация и распределение тугоподвижны. Особенно страдает распределение внимания при работе с большим количеством стимульного материала и выполнении счета. При выполнении задания на классификацию предметов испытуемая оставляет большое количество единичных карточек. Отсчет от ста по семь выполнить не смогла. При вычитании от 50 по 3 делает грубые ошибки, не замечая и не исправляя их. Память грубо снижена. Кривая запоминания: 3, 2, 2, 4; отсроченное воспроизведение: только 2 слова из десяти через час. Особенности графики указывают на астенизацию, наличие выраженного органического фона. Легкость возникновения тревожных реакций на фоне астенизации говорит о неустойчивости к стрессу. Мышление характеризуется выраженной тугоподвижностью. Категориальный способ решения доступен лишь в отдельных случаях. Мышление малопродуктивно, значительно снижена его произвольность, что говорит о нарушениях в мотивационном звене. Оно также не достаточно целенаправленно, отмечаются решения, носящие случайный характер. Толкование пословиц вызывает затруднения. Эмоционально-личностная сфера характеризуется сниженным фоном настроения с дисфоричным оттенком; повышена аффективная напряженность. Проективный тест обнаруживает отрицательную оценку перспективы, ригидность аффекта, ипохондрические тенденции. Больная обидчива, отмечается выраженная восприимчивость к внешним раздражителям. Хочет преодолеть ощущение пустоты и ликвидировать разрыв, отделяющий ее от других. Склонна придавать большое значение своим переживаниям. Самоуважение понижено. Таким образом, на первый план выступают выраженное снижение в интеллектуально-мнестической сфере по органическому типу, астенизация со снижением настроения, а также тревожно-мнительные и ипохондрические тенденции. Ведущий. — Больная поступила в депрессивном состоянии. Вы можете на основании своего опыта дифференцировать такие изменения мышления, как брадифрения у

депрессивного больного и нарушение мышления при органической недостаточности ЦНС? При депрессии ведь страдает мотивация, концентрация внимания и, соответственно, память. Как это можно дифференцировать по Вашему заключению? — По первому заключению это больше была «органика». В пиктограмме тоже была характерная для мозговой органики графика. — А ассоциации депрессивные? — Нет, обычные, крайне примитивные, характерные больше для «органики». Это первое заключение. Между первым и вторым обследованием возник некий когнитивный диссонанс. Второе обследование в январе. Больная ориентирована правильно, доступна контакту, жалуется на повышенную обидчивость, ощущение «горечи от жизни» в теле «под ложечкой». Говорит, что нечему радоваться, с работы сняли и вообще не хочет работать, «тяжело поддерживать контакт с другими людьми», «чувствую, что я не такая, как все». Монотематично звучит установка на получение группы инвалидности. Больная предъявляет жалобы соматического характера, говорит, что постоянно болит голова, но таблетки не пьет: «Почему я должна пить таблетки за свой счет, я человек не защищенный». Работоспособность и продуктивность крайне низкие. Мотивация к проведению обследования практически отсутствует. Объем внимания сужен, концентрация распределения не эффективна. Дезорганизирующим фактором является увеличение объема стимульного материала, то есть та же самая методика классификации предметов, где больная оставляет большое количество единичных карточек. Это говорит о наличии выраженного органического фона. Кривая запоминаемости: 3, 3, 3, 3 слова из 10. При предъявлении больной 5 слов, в том числе тех трех, которые она запомнила, вспоминает по 2 слова после каждого из четырех предъявлений. Отсроченное воспроизведение: ни одного слова ни через 20 мин, ни через час. У меня сложилось впечатление, что она мне просто «дурит голову». Это — преувеличение степени снижения памяти в соответствии со своей мотивацией, установочным поведением.

Уровень развития личностной организации

Ведущий личностный синдром

Вопросы для оценки защит

Практическое задание № 7

Тема: «Депрессивные и маниакальные личности»

1. Контрольные вопросы:

Понятие о депрессивном личностном стиле

Ведущие защиты

Ведущие аффекты

Уровень личностной организации депрессивных личностей

Понятие о маниакальных защитах

Особенности функционирования маниакальных личностей

3. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-3,4, Зн.1, 2
Практическая часть занятия	Ум.1,2, Вл.1
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

Характеристика основных депрессивных защит

Проведение дифференциальной диагностики с мазохистическими личностями

Механизм развития маниакального личностного стиля

Взгляд на депрессивный личностный стиль в контексте воззрений Кляйн

Пример ситуационных задач

Из анамнеза (со слов лечащего врача): пациентка 54 лет, росла тревожно-мнительным ребенком. Отмечалась стеснительность, застенчивость. В подростковом возрасте дисморфофобические явления: все обращают на нее внимание, «выгляжу хуже других»; был выражен предменструальный синдром, раздражительность, плаксивость, головные боли. На этом фоне с десяти лет периоды подъемов и спадов настроения, с которыми справлялась сама. Отмечались выраженные депрессивные состояния после родов с вялостью, безразличием и апатией. Ранее больная сама справлялась с состояниями обострения и впервые была стационарирована в психиатрическую больницу в депрессивном состоянии. В последующем неоднократно отмечались депрессивные и гипоманиакальные фазы. При преобладающем континуальном течении отмечались периоды ровного настроения, когда она была социально адаптирована, налаживались отношения с родственниками, больная работала и справлялась со своими обязанностями. Периоды обострений носили сезонный характер. По всем историям болезни периоды обострений отмечались в ноябре — начале декабря, в мае — начале июня. Все это позволяет думать, что это биполярное аффективное расстройство у органически неполноценной личности. В преморбиде есть элементы истероидности с патологическим фантазированием и тревожностью. Вообще преморбид личности мозаичный. С раннего детства обращают внимание черты органической недостаточности мозга сложного генеза. Возможны и элементы эндокринопатии, что в дальнейшем проявилось в виде предменструально-дисфорического расстройства. Наблюдаются также черты интеллектуально-мнестической недостаточности. Она сама относит начало своего заболевания к 27 годам, когда первый раз возникают приступы, которые в современной классификации названы паническими атаками. Причем они весьма классичны. Больная описывает характерную динамику того, как они возникли тогда и с последующим присоединением агорафобии. После этого развиваются депрессивные состояния. Назвать эти депрессии эндогенными, пожалуй, было бы слишком. Я ее спросил: «Могло ли какое-то хорошее известие вывести Вас из депрессии?». Она ответила, что могло. В этих депрессиях нет отчетливой фазности, нет ангедонических моментов. В отличие от эндогенной депрессии она не обвиняет себя, а обвиняет окружающих в причинах своего состояния. Вся эта депрессивная симптоматика невротического уровня. Гипоманиакальные состояния, как мне показалось,

реактивно обусловлены. Как писали некоторые авторы — реактивные летучие мании. Они и длились недолго, от нескольких дней до 2 недель. В последние годы невротическая депрессия представлена больше раздражительностью, плаксивостью, обвинением окружающих. Ведущими становятся пароксизмы — диэнцефальный криз или панические атаки. Идет истерическое развитие личности. В нем помимо пароксизмов участвуют ситуационные моменты: неблагоприятные отношения с семьей мужа, с дочерью, неустроенность на работе. На сегодняшний момент истеро-депрессивные расстройства становятся ведущими. А сейчас яркая тенденция к получению группы инвалидности. Она об этом говорит, аггравировать в психологическом исследовании. При втором психологическом исследовании эти тенденции проявились более ярко, чем при первом, где она выглядела как «органик». Сейчас «органика» в статусе не проявляется: она долго с нами беседовала, довольно уверенно держится, мало астенизируется. Если говорить о диагнозе, то это истеро-невротическое развитие личности на фоне органической недостаточности головного мозга сложного генеза. При семейной психотерапии обнаруживается, что муж всегда виноват в депрессии больной.

Уровень личностной организации.

Ведущие защиты

Ведущий личностный синдром

Практическое задание № 8

Тема: «Мазохистические личности»

1. Контрольные вопросы:

Понятие о мазохистическом личностном стиле

Ведущие защиты

Ведущие аффекты

Уровень личностной организации мазохистических личностей

3. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-7,8, Зн.1,7
Практическая часть занятия	Ум.7, Вл.1, 2
Подведение итогов занятия, проверка протоколов, оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

Характеристика основных мазохистических защит

Понятие депрессивно-маниакального личностного стиля

Классификация мазохизма по О.Кернбергу

Проведение дифференциальной диагностики с депрессивным личностями

Пример ситуационных задач

8. Психические заболевания у родственников отрицает. Родилась младшей из троих детей в простой семье в сельской местности. Отец был сбит машиной и погиб, когда нашей больной было 10 лет. Известно, что он злоупотреблял спиртным. Мать семидесяти лет, жива, проживает сейчас в Москве. Пациентка росла и развивалась нормально. В школе с 7 лет. Училась средне, классы не дублировала. Особых увлечений не было, читала мало, любила проводить время с подругами. Закончив восемь классов, училась в ПТУ и, получив специальность швеи, работала на фабрике, где шила рабочую одежду. В 18 лет вышла замуж по любви за человека на 4 года старше себя. От брака два сына: 23 года и 18 лет. С мужем отношения хорошие. В 2012 г. перенесла операцию по поводу кисты яичников, были удалены оба яичника. После этой операции замечала, что стала быстро уставать, были перепады настроения, но не длительные, отмечались раздражительность, плаксивость, обидчивость, ранимость. Последние 5 лет работает на фабрике, куда ее устроил муж. Полтора года назад познакомилась там с человеком, который моложе ее на 13 лет, и вступила с ним в интимные отношения. Сделала это без любви, просто потому, что все сотрудницы имели любовников, и она не хотела отличаться от других. Планов создать с ним семью не было. Через некоторое время на работе заметила, что над ней стали подсмеиваться, обсуждать ее связь с этим человеком, а с мая 2018 г. вредить ей: раскрытые детали одежды сотрудницы старались переложить так, чтобы она их сшила неправильно, а начальство заметило, что она не справляется с работой, и уволило ее. Стала думать, что муж догадывается об этой связи, так как сотрудницы ему рассказали. По этому поводу дома были ссоры. В августе, скорее всего по настоянию мужа, больная ушла с работы и ее связь с молодым человеком закончилась. С августа не работает. Примерно в октябре больная вместе со своей родственницей посещала экстрасенса, чтобы отучиться курить. После 2-го или 3-го сеанса муж отметил странности в ее поведении: стала спрашивать его, можно ли ей пойти вымыться, под любым предлогом отказывалась выходить на улицу. Считала, что сотрудницы преследовали ее не только на работе, но следили за ней и на улице. А с ноября 2023 г. ей стало казаться, что в квартире соседнего дома установлена кинокамера, которая следит за ней, снимает абсолютно все, что она делает в квартире. По определенному звуку она узнавала, что кинокамера включена. Из-за этого позволяла себе мыться только в купальном костюме или при выключенном свете в ванной комнате. В туалет ходила только тогда, когда звука включенной кинокамеры не слышала. Считала, что сюжеты фильмов, показываемых по телевизору, взяты из ее жизни в наказание за то, что она изменила мужу. Одновременно с этим испытывала воздействие электрическим током на мозг. Это приводило к путанице мыслей, ощущению, что кто-то заставляет ее повторять одни и те же слова. Голоса с телеэкрана, а также при включенном радиоприемнике комментировали все, что она делает, например, приказывали ей выйти из комнаты и сидеть на кухне. В одной из таких телевизионных передач она услышала голоса в свой адрес, которые обвиняли ее в гибели подводной лодки «Курск». Последние 2 недели ей было особенно тяжело от ощущения, что «мозги кто-то крутил». Возникла путаница, от которой «разрывалась» голова. Она не знала, кто это делает и для чего, пыталась узнать это у

мужа, у детей, спрашивая, не они ли в этом повинны. Были догадки, что, может быть, это проделывает над ней ее любовник. Не найдя ответа на эти вопросы, согласилась с родственниками, что нужно обратиться к врачу.

Уровень личностной организации

Ведущие защиты

Практическое задание № 9

Тема: «Обсессивные и компульсивные личности личности. Нормотики»

1.Контрольные вопросы:

Понятие о норматической болезни

Обсессивные личности. Ведущие характеристики

Особенности семейного анамнеза обсессивных личностей

Компульсивные личности. Ведущие защиты

3. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК-6,5, Зн.1,7
Практическая часть занятия	Ум.6, 7, Вл.1, 2
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

Характеристика основных психологических защит у обсессивных личностей

Ведущие аффекты у обсессивных личностей

Проведение дифференциальной диагностики с обсессивно-компульсивным расстройством

Пример ситуационных задач

8. 9. По данным специалиста, проводившего экспериментально-психологическое исследование: от экспериментального исследования больная не уклоняется, но и не проявляет к нему интереса. Она не проявила интереса и к его результатам, заметив лишь, что в целом у психолога ей понравилось, главным образом потому, что отвлекало от ненужных мыслей. На протяжении обследования испытуемая была крайне непродуктивна, работала медленно. По объективным данным: внимание плохо концентрируется, быстро истощается, сужен объем внимания. Мнестические показатели низкие. Мышление ригидно, непродуктивно, однако в структурном отношении сохранно. (Это интересно в смысле давности процесса). Основной этап классификации предметов испытуемая проделывает уверенно, с опорой только на

существенные признаки, без каких-либо соскальзываний. Заключительный этап классификации, предполагающий обобщение более высокого порядка, для испытуемой объективно сложен. Ее уровень обобщений преморбидно невысок. Нарушения мышления проявляются в пиктограмме. Мы знаем, что пиктограмма «ловит» первичные нарушения мышления в виде субъективных, неадекватных ассоциаций, например, на слово «печаль» рисует почему-то щипцы для завивки. Прошу ее объяснить. Она говорит: «Я не могу привести себя сейчас в приличный вид и это печально»; на слово «развитие» — долго думает и рисует часы. Элементы расплывчатости, а также выраженный субъективизм мышления можно видеть при неточной интерпретации пословиц. Например, «шило в мешке не утаишь» она объясняет: «Кто-то подслушивает, когда человек разговаривает». При исследовании личности выявляется резкое сужение социальных контактов, замкнутость, заторможенность, стойкие депрессивные тенденции, а также паранойяльность и некритичность. Преморбидно испытуемая являлась, по-видимому, малодифференцированной личностью. Тест Люшера подчеркивает пессимистический настрой, стремление освободиться от напряженности, тенденцию ухода от жизни в мир фантазий, тенденцию к ограничению круга контактов для отстаивания своей собственной позиции. Она как бы ригидно пытается сохранять свою позицию, но при этом «обрубает» все возможные контакты, потому что не может это выдержать; демонстрирует превалирование субъективного над рациональным, а также тревожную неуверенность, бездеятельность, трудности в принятии решения. Таким образом, при относительной структурной сохранности мышления выявляется субъективизм, настороженность, неадекватные ассоциации, элементы расплывчатости, а также ригидность и выраженная непродуктивность мышления. Отмечается стойкий минорный фон настроения у малодифференцированной личности, ощущающей свою измененность, ограничивающей свои контакты, ушедшей в мир иллюзий, со снижением критики к происходящему.

Вопросы по анамнезу для уточнения уровня личностной организации

Вопросы для определения ведущих защит

Ведущих личностный синдром

Практическое задание № 10

Тема: «Истерические личности. Диссоциативные личности»

1. Контрольные вопросы:

Понятие о диссоциации

Основные теории диссоциации

Понятие о конверсии. Основные механизмы

Основоположники теорий диссоциации

Связь диссоциации с нарушением привязанности

Перитравматическая диссоциация

Истериические личности. Характеристика

Сценическое личностное расстройство. Характеристика

Пограничное личностное расстройство. Характеристика.

Проективная идентификация. характеристика

3. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК- 7,8, Зн.1,7
Практическая часть занятия	Ум. 7, Вл.1, 2
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

2. Цель, преимущества, возможности, принцип, процедура проведения
3. Структура
4. Ограничения
10. Процедура выбора фокуса и планирования лечения.
11. Дополнительные инструменты OPD-2.

Пример ситуационных задач

Пациентка Т., 39 лет. Из анамнеза: отец работал разнорабочим, злоупотреблял алкоголем, были галлюцинации, умер 15 лет назад. Матери 82 года, работала статистиком, а затем на разных малоквалифицированных работах. У нее часто бывает тоска, в прошлом «что-то мерещилось». Больная имеет трех братьев и сестру. Один из братьев болен шизофренией, состоял на учете в ПНД, 4 года назад пропал без вести. Сестра — инвалид I группы после инсульта, который перенесла в возрасте 41 года. Сейчас больная проживает с матерью в коммунальной квартире. Отношения с родными и соседями у больной нормальные. В младенчестве лечилась по поводу болей в ушах, «делали уколы в голову». С детства звон в ушах. До 3 лет судорожные припадки. В дошкольном возрасте тяжелая дизентерия с потерей сознания. Росла соматически ослабленной. По характеру с детства общительная, трудолюбивая, добросовестная, упрямая, прямолинейная, склонная к перепадам настроения, вспыльчивая, болезненная, с разнообразными неприятными ощущениями в голове и теле. С трудом окончила 8 классов. На уроках засыпала, беспокоили головные боли и слабость. С дошкольного возраста стала ощущать воздействие нечистой силы: душили невидимыми руками с шерстью, трясли кровать, стучали в окна, обычно ночью до 4 часов утра. После окончания дневной школы окончила швейное училище и одновременно вечернюю школу за 1 год, так как состояние в этой момент улучшилось и проявились нормальные способности. Затем работала костюмером в известных театрах. На работе (по сведениям от сотрудников) считается странной, слишком правдивой, матерщинницей, но до фанатизма преданной работе, надежной и безотказной. По этой причине — на очень хорошем счету. Сама больная заявляет,

что «половина театра готова ее разорвать и подвохи строят, а другая половина — на руках носят, так как в работе надежная». «Порой работаю по несколько суток, и днем и ночью, если надо срочно готовить костюмы, порой неделями живу в театре, а потом рушусь, отлеживаюсь. За много лет все жалобы в разном сочетании (некоторые с детства, другие с юности или позднее) следующие: «стреляющие» боли, «ломота» в разных частях головы («то в левой, то в правой, то во всей голове, захватывая шею»), «ощущение мутности в голове», «чувство сдавливания в затылке, при этом швыряет в сторону», бывает «будто звезды в глазах при этих головных болях», «ломота в глазах, порой дикая...», «боли в зубах» (зубной патологии никогда не находили); неприятные ощущения в ногах — «морозит», «острые боли в ногах» (начиная от таза до ступней); ощущение нехватки воздуха; неприятные ощущения в области сердца — «колики», «щемит», «порой сердце начинает чесаться», «ощущение кола в груди, то горизонтального, то вертикального», «сердце то сильно бьется, учащенно, как выскакивает, то как бы постепенно затихает», возникает страх остановки сердца, хотя при обследовании патологии со стороны сердца не обнаружено; неприятные ощущения в животе, «как будто печень сдавливает», слабость, зуд на нервной почве, «приступы, когда отказывают ноги или рука». Бывали состояния, которые больная затрудняется описать: как будто потеря сознания или измененное сознание.

Уровень личностной организации. Вопросы для уточнения

Ведущие защиты

Ведущий личностный стиль

Характер переноса и контрпереноса

Практическое задание № 11

Тема: «Общее представление об операциональной психоаналитической диагностике»

1. Контрольные вопросы:

1. История создания
2. Цель, преимущества, возможности, принцип, процедура проведения
3. Структура
4. Ограничения
5. Ось 1. Характеристика. Теоретические конструкты.
6. Ось 2. Характеристика.
7. Ось 3. Характеристика.
8. Ось 4. Характеристика.
9. Ось 5. Соответствие МКБ.
10. Процедура выбора фокуса и планирования лечения.

11. Дополнительные инструменты OPD-2.

3. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК- 7,8, Зн.1,7
Практическая часть занятия	Ум. 7, Вл.1, 2
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

1. Основные достоинства и недостатки системы ОПД
2. Связь ОПД—2 с другими диагностическими системами
3. Особенности применения у пациентов с разными уровнями личностной организации

Пример ситуационных задач

Пациентка 39 лет на амбулаторном приеме. Из анамнеза: до 27 лет на улице иногда казалось, что кто-то идет следом, дышит в затылок, говорит что-то невнятное, но угрожающее. «Преследовала нечистая сила». Жару, духоту, транспорт, перемену погоды переносила нормально, но отмечает, что на нее плохо действует скопление людей в транспорте: сдавливало в затылке и швыряло в сторону, так как она чувствовала вампиров, нечистую силу в толпе. В 27 лет во сне или в полудремотном состоянии представилась очень четко «святая» в белом красивом платье, и после этого преследование нечистой силой уменьшилось. Эта «святая» по сей день ее охраняет. В 36 лет у больной внезапно возник очень мучительный «приступ»: по всему телу от макушки до копчика как бы натянулась струна, а потом показалось, что вся нервная система вдруг лопнула, появилось ощущение, что из всех отверстий хлынула кровь. В этом состоянии продолжала работать, но как бы не видела и не слышала окружающее, была «как мертвая». Через 9 дней наступило «воскрешение»: услышала со стороны два нежных незнакомых голоса, женский и мужской: «Космос, космос... Галочка, не волнуйся, мы тебя воскрешаем, у тебя будет все благополучно». Мысленно внутренним голосом с ними переговаривалась, спрашивала советов, и голоса ей отвечали. Казалось, что они заживляют все раны в организме. Самочувствие сразу улучшилось. При этом и смеялась, и плакала, наступило озарение, вспомнила и поняла все, происходящее с ней раньше. Даже звон в ушах прекратился на целый год. Подумала, что сошла с ума, но с ощущением внутреннего озарения, «знамения, превращения в блаженную». Ощутила дар целительства руками, предвидения, предсказания, чтения мыслей окружающих. Такое состояние продолжалось год. Окружающим об этом не говорила, продолжала работать. Затем голоса из космоса стали редкими. Больная считала, что они появлялись, когда ей что-то угрожало, предупреждали об опасности, «несли с собой улучшение здоровья и жизненных обстоятельств». В последний раз слышала голоса полгода назад. Пыталась сама вызвать голоса. Но не получилось. Слабее стала ощущать и особые способности: «Живот руками могу целить, а другие органы уже нет». Возобновился звон в ушах, участились неприятные ощущения в теле. С жалобами на эти неприятные ощущения, плохое самочувствие в конце июля самостоятельно обратилась в клинику. Но главной причиной обращения была необходимость получить помощь психиатров в судебном процессе. В 2023г. больная заключила брак, который в настоящее время хочет признать

недействительным, так как у них с мужем не было супружеских отношений, и они не вели совместное хозяйство. Муж был заинтересован только в прописке. Сейчас он подал встречный иск о разводе, так как в этом случае он сохранит право на жилплощадь.

Уровень личностной организации

Ведущие защитные механизмы

Практическое задание № 12

Тема: «Клинические аспекты операциональной психоаналитической диагностики»

1. Контрольные вопросы:

1. Клиническое применение ОПД-2
2. Понятие о фокусе терапии и предпосылках лечения
3. Противопоказания и основные показания к применению диагностической системы
4. Подбор пациентов
5. Понятие о ресурсах

3. План занятия и деятельность студента

План занятия	Деятельность студента
Теоретическая часть занятия	ПСК- 7,8, Зн.1,7
Практическая часть занятия	Ум. 7, Вл.1, 2
Подведение итогов занятия, проверка протоколов. оценивание знаний и работы каждого студента по 5-балльной системе.	

Контрольные вопросы

1. Практические аспекты применения ОПД-2
2. Диагностическая процедура. Особенности
3. Проведение ОПД-2 у пациентов с разными уровнями личностной организации

Пример ситуационных задач

1. Пациентка 38 лет. По данным оценки психического статуса. При поступлении в дневной стационар предъявляет жалобы на общее плохое самочувствие, разнообразные неприятные и болевые ощущения в теле, безгранично расширяя их сферу. Уже в первой беседе не скрывает и даже подчеркивает, что главной причиной обращения послужило желание помощи в судебном процессе. Говорит, что заинтересована, чтобы у нее сейчас нашли психические расстройства. Однако объясняет свои неприятные ощущения сосудистыми, простудными и неврологическими явлениями. Во время комиссионного осмотра истероподобно утрировала соматические жалобы. О психических расстройствах (голосах, воздействии нечистой силы, своих особых способностях) спонтанно не рассказывала. Если же ее специально об этом спрашивали, говорила безостановочно, неистощимо, в быстром и сумбурном темпе. Давая отрицательную характеристику мужу, как бы между прочим отмечает, что он «колдует», «действует взглядом». Во время

нахождения в дневном стационаре отметила ухудшение состояния, объяснив это тем, что заразилась простудой «от своего стакана, из которого нарочно выпил зашедший в костюмерную артист». Отмечает, что голоса и особые способности не мешают ей, а наоборот, помогают справиться с нечистой силой, колдовством и подвохами мужа, с неприятными ощущениями. «Под их светлыми лучами нахожусь», «мой ангел хранитель». Приветлива до благодушия к врачу, родным, кошкам, которых во множестве собирает в своей квартире. Говорит, что сейчас осталось только 10 кошек. Гневлива в адрес мужа и некоторых лиц из окружения на работе. Однако реакции эти однообразны и довольно стереотипны. Манерная, одевается необычно для женщины, тип одежды мужской. Фанатически предана работе в театре. Эмоционально снижена, обнаженно говорит об интимных отношениях. Говорит быстро, без пауз, неистощимо, соскальзывая на несущественные темы, использует нецензурные выражения. Имеется тенденция к систематизации своих бредовых идей.

Вопросы для прояснения уровня личностной организации

Динамическая формулировка

5. Литература и электронно-образовательные ресурсы

Основная литература

1. Психотерапия [Электронный ресурс]: учебник для вузов / ред. Б. Д. Карвасарский. - 4-е изд. - (1 файл : 3,62 Мб). - СПб.: Питер, 2012. - 674 с. + 1 r_on-line.
2. Психоанализ : учебное пособие для студ.вузов / В. М. Лейбин. - 2-е изд. - М. ; СПб. ; Нижний Новгород : Питер, 2008. - 592 с. : ил.

Дополнительная литература

1. Психотерапия в клинической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. И. Астахова [и др.]. - Новосибирск: НГМУ, 2011. - + r_on-line
2. Абабков В.А., Персонифицированная психотерапия[Электронный ресурс] / Абабков В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3809-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html>
3. Харитонов, С. В. Основы поведенческой психотерапии / Харитонов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-3501-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435014.html>

Электронно-образовательные ресурсы

1. 1. Консультант Врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО «ВШОУЗ-КМК». –

URL: <http://www.rosmedlib.ru> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети университета.

2. Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / НГМУ – URL: <http://library.ngmu.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера после авторизации.

3. ЛАНЬ [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО «Издательство ЛАНЬ». – URL: <https://e.lanbook.com> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети университета.

4. ЮРАЙТ [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ». – URL: <https://urait.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети университета.

5. БУКАП [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО Букап – URL: <https://www.books-up.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети университета.

6. Межвузовская электронная библиотека (МЭБ) [Электронный ресурс] : электронная библиотека. – URL: <https://icdlib.nspu.ru/> – Доступ после указания ФИО, штрих-код читательского билета и университета НГМУ в поле «Организация» на сайте МЭБ.

7. Рубрикатор клинических рекомендаций : официальный сайт / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – 2021. – URL : <https://cr.minzdrav.gov.ru/?ysclid=lc8uv2fbg216477660> – Текст : электронный.

8. Федеральная электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. – Режим доступа : <https://femb.ru/> – Свободный доступ.

9. eLIBRARY.RU [Электронный ресурс] : электронная библиотека / Науч. электрон. б-ка. – URL: <http://www.elibrary.ru/>. – Яз. рус., англ. – Доступ к журналам открытого доступа – свободный доступ после регистрации на сайте elibrary.ru.

10. Министерство здравоохранения Российской Федерации: Документы. [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа <https://minzdrav.gov.ru/documents> – Свободный доступ.

11. Министерство здравоохранения Новосибирской области. Нормативные документы [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.zdrav.nso.ru/page/1902> – Свободный доступ.

12. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.rsl.ru> – Свободный доступ.

13. Consilium Medicum [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.consilium-medicum.com/> – Свободный доступ.

14. PubMed : US National Library of Medicine National Institutes of Health [Электронный ресурс] – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> – Свободный доступ.

15. MedLinks.ru [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.medlinks.ru/> – Свободный доступ.

16. Архив научных журналов НЭИКОН [Электронный ресурс] : сайт. <http://archive.neicon.ru/xmlui/> – Доступ открыт со всех компьютеров библиотеки и сети университета.

17. ScienceDirect. Ресурсы открытого доступа [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.sciencedirect.com/science/jrnlallbooks/open-access> – Свободный доступ.

18. КиберЛенинка: научная электронная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/> – Свободный доступ.

6. Критерии оценок деятельности студента при освоении учебного материала

Информация о контрольно–оценочных процедурах доводится до сведения обучающихся на первом учебном занятии.

Программа контрольно-диагностических (оценочных) процедур (аттестаций) обучающихся на соответствие их подготовки ожидаемым результатам образования компетентностно-ориентированной дисциплины включает:

Текущий контроль – Тестирование (письменный вариант)

№1. Что из приведенного объединяет всех психоаналитиков и конституирует психоанализ как учение?

- А) Представление о либидо как о ведущей силе развития и психической жизни
- Б) Теория архетипов
- В) Представление о бессознательном и используемых для его анализа психотерапевтических методах
- Г) Значение и место, уделяемое социокультуральным факторам в психической жизни

№2.И. Брейери 3. Фрейд в случае Анны О. отказались от гипноза и использовали метод, при котором пациентка просто говорила о своих проблемах и ей становилось лучше. Они назвали этот метод:

- А) Очищающим
- Б) Истерическим
- В)Катартическим
- Г)Псевдогипнотическим

№3. Какой из перечисленных принципов психической жизни НЕ входит в метапсихологию, как ее понимал Фрейд?

- А) Динамический
- Б) Экономический
- В) Феноменологический
- Г) Развития;
- Д) Топический;

№4. Какие понятия были введены Фрейдом в 1923 году для объяснения его теории строения психического аппарата?

- А) Сознательное и бессознательное
- Б) Либи́до и Ид
- В) Ид, Эго и Суперэго
- Г) Нарциссизм и трансфер

№5. Выделенные Фрейдом три основные формы проявлений бессознательного НЕ включают:

- А) Сновидения
- Б) Духовные кризисы
- В) Ошибочные действия
- Г) Невротические симптомы

№6. Какое из перечисленных понятий обозначает одну из трех структур психического аппарата по Фрейду?

- А) Идеальное Я
- Б) Реальное Я;
- В) Ид;
- Г) Архетип.

№7. Изучением нарциссизма занимался:

- А) Юнг;
- Б) Лурия;
- В) Фрейд;
- Г) Эллис;

Д) Нейк.

№8. Регрессивный, вторичный нарциссизм – это:

- А) Индивид в качестве первичного объекта любви выбирает себя;
- Б) Когда индивид в качестве вторичного объекта выбирает себя;
- В) Когда индивид отторгает любовь к себе;
- Г) Когда объект требует любовь от родителей.

№9. Результатами тревожной привязанности как защитной реакцией на патологическую обстановку в семье, способом сохранения контакта с предположительно надежной опорой, является все, за исключением.

- А) Неуверенное поведение;
- Б) Избегание;
- В) Дезорганизация;
- Г) Постепенное становление личности.

№10. Коллективный или групповой нарциссизм лежит в основе такого феномена, как

....

- А) Иллюзии расового превосходства;
- Б) Официальной религии;
- В) Массовых мероприятий;
- Г) Формирование семьи.

Пятибалльная система критерии оценивания заданий:

0-69% - неудовлетворительно;

70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо,

90-100% - отлично;

Итоговый контроль – вопросы для подготовки к экзамену

1. Концепция психосексуального развития. Основные стадии психосексуального развития. Типичные для каждой стадии феномены.
2. Понятие о переносе. Современные представления о переносе.
3. Понятие о контрпереносе. Виды, измерения контрпереноса.
4. Тема нарциссизма у Фрейда. Первичный нарциссизм. Вторичный нарциссизм.

5. Психологические защиты. Характеристики. Функции. Вопросы для оценки. Характерологические и ситуационные типы защит. Примеры.
6. Первичные защитные механизмы. Характеристика. Виды. Примеры.
7. Вторичные защитные механизмы. Характеристика. Виды. Примеры.
8. Концепция М.Кляйн. Характеристика основных введенных ей понятий. Понятие о позициях.
9. Теория привязанности Боулби. Характеристика основных типов привязанности. Способы оценки привязанности в процессе интервью. Примеры вопросов.
10. Характеристика родительских представлений о привязанности. Оценка в процессе интервью. Примеры вопросов.
11. Фэйрберн. Основные концепции. Категории внутренних объектных отношений.
12. Винникот. Характеристики переходного объекта. Понятие о средовой и объектной матери.
13. Типы личности в юнгианском психоанализе. Понятие о четырех функциях, двух установках. Характеристики. Понятие об искаженных типах. Подчиненная функция. Основные характеристики. Вопросы для определения типа.
14. Основные характеристики ощущающих типов (экстравертный, интровертный).
15. Основные характеристики интуитивных типов (экстравертный, интровертный).
16. Основные характеристики мыслительных типов (экстравертный, интровертный).
17. Основные характеристики чувствующих типов (экстравертный, интровертный).
18. Структура личности невротического уровня. Основные характеристики. Ведущие защиты. Примеры.
19. Структура личности психотического уровня. Основные характеристики. Ведущие защиты. Примеры.
20. Понятие об онтологической неуверенности.
21. Структура личности пограничного уровня. Основные характеристики. Ведущие защиты. Примеры.
22. Шизоидные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
23. Параноидные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
24. Мазохистические личности. Характеристика. Ведущие защиты.
25. Самоповреждающее поведение. В клинической картине каких расстройств встречается. Основные мотивы самоповреждающего поведения.
26. Классификация девиантного самоповреждения (Favazza, Conterio).

27. Депрессивно-мазохистское расстройство личности по Кернбергу. Характеристика.
28. Основные версии мазохистической динамики. Характеристика.
29. Развитие Супер-Эго у мазохистических пациентов. Характеристика основных стадий.
30. Мазохистские синдромы на невротическом уровне организации личности. Характеристика. Роль агрессии в определении тяжести мазохизма.
31. Мазохистские синдромы на пограничном уровне организации личности. Характеристика. Роль агрессии в определении тяжести мазохизма.
32. Нарциссические личности. Характеристика. Ведущие защиты
33. Основные элементы концепции самости Кохута. Патология самости.
34. Концепция нарциссизма Кернберга. Классификация нарциссизма по Кернбергу.
35. Злокачественные нарциссизм. Этиология. Характеристика. Клинические следствия.
36. Антисоциальные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
37. Депрессивные личности. Характеристика. Ведущие защиты. Дифференциальная диагностика с мазохистическими личностями.
38. Маниакальные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
39. Диссоциативные пациенты. Характеристика.
40. Обсессивные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
41. Комппульсивные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
42. Понятие о нормо(а)тической болезни.
43. Гистрионные личности. Характеристика. Ведущие защиты.
44. ОПД-2. Характеристика. История создания
45. ОПД-2. Цель, преимущества, возможности,
46. ОПД-2. Ограничения, процедура проведения.
47. ОПД-2. Структура. Краткая характеристика осей.
48. ОПД-2. Ось 1. Характеристика.
49. ОПД-2. Ось 2. Характеристика.
50. ОПД-2. Ось 3. Характеристика.
51. Конфликты в ОПД-2.
52. ОПД-2. Ось 4. Характеристика.

7. Рекомендации для студентов, пропустивших занятие

Для освоения материала пропущенного **практического занятия: написание реферата, устная отработка**

1. Психотерапия [Электронный ресурс]: учебник для вузов / ред. Б. Д. Карвасарский. - 4-е изд. - (1 файл : 3,62 Мб). - СПб.: Питер, 2012. - 674 с. + 1 r_on-line.
2. Психоанализ : учебное пособие для студ.вузов / В. М. Лейбин. - 2-е изд. - М. ; СПб. ; Нижний Новгород : Питер, 2008. - 592 с. : ил.

Дополнительная литература

1. Психотерапия в клинической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. И. Астахова [и др.]. - Новосибирск: НГМУ, 2011. - + r_on-line
2. Абабков В.А., Персонифицированная психотерапия[Электронный ресурс] / Абабков В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3809-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html>
3. Харитонов, С. В. Основы поведенческой психотерапии / Харитонов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-3501-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435014.html>

Для освоения материала пропущенного лекционного занятия: **написание реферата, устная отработка**

1. Психотерапия [Электронный ресурс]: учебник для вузов / ред. Б. Д. Карвасарский. - 4-е изд. - (1 файл : 3,62 Мб). - СПб.: Питер, 2012. - 674 с. + 1 r_on-line.
2. Психоанализ : учебное пособие для студ.вузов / В. М. Лейбин. - 2-е изд. - М. ; СПб. ; Нижний Новгород : Питер, 2008. - 592 с. : ил.

Дополнительная литература

1. Психотерапия в клинической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. И. Астахова [и др.]. - Новосибирск: НГМУ, 2011. - + r_on-line
2. Абабков В.А., Персонифицированная психотерапия[Электронный ресурс] / Абабков В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3809-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html>
3. Харитонов, С. В. Основы поведенческой психотерапии / Харитонов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-3501-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435014.html>