ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИК

для студентов факультета клинической психологии

О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение	3
Учебная ознакомительная практика-практика по получению первичных профессиональных умений и навыков	5
Производственная консультативно-психотерапевтическая практика-практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности	8
Производственная практика проектно-инновационная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности	12
Производственная практика экспертно-диагностическая-практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности	17
Производственная практика по профессиональной супервизии-практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности	21
Научно-исследовательская и квалификационная практика-практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности	25
Характеристика видов деятельности, выполняемых клиническим психологом в период практика	28
Психодиагностическая деятельность	28
Консультативная и психотерапевтическая деятельность (психологическое вмешательство)	47
Психолого-просветительская деятельность	79
Научно-исследовательская деятельность	82
Организационно – управленческая деятельность	84
Проектно – инновационная деятельность	88
Экспертная деятельность	88
Литература	94
Образцы отчетной документации	98

ВВЕДЕНИЕ

Специальность «клиническая психология», согласно Государственному Образовательному Стандарту, является психологической специальностью широкого профиля, имеющей межотраслевой характер и участвующей в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Междисциплинарный характер задач, призванных решать выпускником кафедры, диктует необходимость формирования у них в процессе обучения не только прочных теоретических знаний, но и адекватных практических навыков, способных обеспечить востребованность на рынке труда. В этой связи обязательным условием интериоризации знаний студента является наиболее раннее их знакомство с разнообразием практической деятельности клинического психолога. Это позволит будущим специалистам лучше понимать практический смысл теоретических дисциплин курса подготовки. Государственным стандартом на факультете клинической психологии предусмотрены 6 видов практик:

- **учебно-ознакомительная практика –** практика по получению первичных профессиональных умений и навыков
- **производственная консультативно-психотерапевтическая практика** – практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности
- **производственная проектно-инновационная практика** – практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности
- **производственная практика экспертно-психодиагностическая** – практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности в рамках выбранной специализации
- **практика профессиональная супервизия** - практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности

- **научно-исследовательская и квалификационная практика** - практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

УЧЕБНАЯ ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА-ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

В процессе учебной ознакомительной практики в начале обучения студенты как можно более подробно знакомятся с различными учреждениями, видами деятельности, спецификой форм работы клинического психолога. В результате у студентов должно складываться представление о будущей профессии, возникать вопросы и определенная мотивация к обучению. Важнейшим моментом ознакомительной практики является непосредственное общение с личностью преподавателей, психологов, психиатров, обогащающее будущих специалистов.

Форма проведения учебной ознакомительной практики-клиническая.

Сроки проведения практики: 3 недели.

Студенты проходят практику на следующих базах: учреждения здравоохранения г. Курска (областные и городские больницы), центры медико-социальной помощи, детские поликлиники г. Курска.

Цели и задачи практики:

Целью учебной ознакомительной практики является ознакомление студентов с деятельностью психологов различных учреждений системы, здравоохранения, социальной помощи населению, в ходе которого происходит освоение первичными практическими профессиональными умениями и навыками будущей профессии.

Задачи учебной ознакомительной практики

1. Сформировать представление о различных видах психологической деятельности (психодиагностической, консультативной и психотерапевтической деятельности (психологическое вмешательство), психолого-просветительской деятельности).

2. Углубить представления студентов о психической норме, патологии, критериях психического здоровья.

3. Развить и закрепить умение использовать психологический язык в описании конкретных ситуаций, связанных с ознакомлением с различными видами деятельности психолога.

4. Развить профессионально-значимые качества личности будущего психолога и его активной социально-психологической позиции.

В ходе прохождения практики студенты должны ознакомится с психодиагностической, психолого-просветительской деятельностью, консультативной и психотерапевтической деятельностью (психологическое вмешательство).

Структура и содержание практики, используемые образовательные технологии, формы текущего контроля

№	Разделы (этапы) практики	Виды учебной работы на практике, включая самостоятельную работу студентов	Используемые образовательные технологии способы и методы обучения)	Формы текущего контроля
1.	Подготовительный	проведение установочной конференции, постановка практических задач, инструктаж по технике безопасности, подготовка методического обеспечения	**ДИ*, РИ*** ***КС**** ***МШ******	**ДП**
2.	Ознакомительный	а) определение функциональных обязанностей и графика работы практикантов с руководителями практики на базах; б) знакомство со спецификой ознакомительных баз практики; в) конкретизация задач практики, плана работы.	***КС**** ***МШ******	**ДП**
3.	Аналитический	осуществление включенного наблюдения, направленного на анализ деятельности клинического психолога, первичное участие под руководством клинического психолога в различных видах деятельности (психодиагностической, психолого-просветительской деятельности, консультативной и психотерапевтической	**ТР*** **ДИ*РИ** **ЗС**** **КС** **МШ***** **МК*** **МГ***	**АКС** **АПК** **АПЗ** **Т** **С** **ОИБ** **Пр** **ДП**

		деятельности).	**С**	
4.	Заключительный	Написание отчета по практике. Анализ своей работы во время практики, предложения по совершенствованию организации и содержания практики	**КС* С МГ***	**ДП С Т ЗО**

Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ПК	психологические консультации	**ЗС****	решение ситуационных задач
ПД	психодиагностическая деятельность	**ДИ*, РИ***	деловая и ролевая учебная игра
КС*	круглый стол, дискуссии	**КС****	анализ клинических случаев
ПР	просветительская деятельность	**МШ***	метод мозгового штурма
ТР*	тренинги	**МГ***	метод малых групп
МК*	метод кейсов	**С**	супервизия

Формы текущего и промежуточного контроля

АКС	анализ клинических случаев (клинический разбор)
АПК	анализ протокола консультации
АПЗ	анализ психологического заключения
ДП	заполнение дневников на практике
Пр	освоение практических навыков (умений)
ОИБ	оценка информационных бюллетеней
Т	тестирование
С	оценка по результатам собеседования (устный опрос)
ЗО	защиту оформленного отчета

По результатам прохождения практики студент сдает отчетную документацию и проходит итоговую аттестацию в форме экзамена. Экзамен направлен на оценку сформированности в ходе прохождения практики первичных профессиональных умений и навыков.

Отчетная документация: характеристика, подписанная руководителем базы практики, дневник, психологические заключения, протоколы психодиагностического обследования и протоколы консультации (копии), санбюллетени и стенгазеты (фото).

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА-ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цели и задачи практики:

Целью учебной производственной консультативно-психотерапевтической практики является комплексное освоение студентами профессиональной деятельности по специальности, формирование общих и профессиональных компетенций, закрепление навыков консультирования и психологической коррекции и их практического применения.

Задачами практики являются:

1. закрепление теоретического материала и получение необходимого практического опыта;
2. формирование навыков профессиональной коммуникации;
3. воспитание профессиональной этики и стиля поведения;
4. осуществление психодиагностической деятельности в обозначенных сферах деятельности;
5. осуществление консультативной и психотерапевтической деятельности (психологическое вмешательство).

Форма проведения практики-клиническая.

Сроки проведения практики: 4 недели.

Студенты проходят практику на следующих базах: учреждения здравоохранения г. Курска (областные и городские больницы), центры медико-социальной помощи, детские поликлиники г. Курска.

В ходе прохождения практики студенты должны осуществлять психодиагностическую, консультативную и психотерапевтическую деятельностью (психологическое вмешательство).

Структура и содержание практики, формируемые компетенции, используемые образовательные технологии и методы обучения, формы текущего контроля

№	Разделы (этапы) практики	Виды учебной работы на практике, включая самостоятельную работу студентов	Используемые образовательные технологии способы и методы обучения)	Формы текущего контроля
1.	Ознакомительный этап	а) определение функциональных обязанностей и графика работы практикантов с руководителями производственной практики; б) знакомство со спецификой производственной базы практики; в) конкретизация задач практики, плана работы.	**ДИ*,** **РИ*** ***МШ****** ***КС****	**ДП**
2.	Психодиагностический этап	а) проведение психодиагностического обследование с пациентами лечебных учреждений б) проведение психодиагностического обследования с сотрудниками лечебных учреждений в)подготовка психологического заключения г) получение супервизии	***ПД*** ***МШ****** **МГ*** **С**	**ДП** **ПЗ**
3.	Консультативный этап	а) проведение психологических консультаций на базах учреждений здравоохранения с пациентами лечебных учреждений б) проведение психологических консультаций на базах учреждений здравоохранения с сотрудниками лечебных учреждений в) прояснение запроса, выдвижение терапевтических гипотез г) выделение мишеней коррекционного воздействия д) получение супервизорких консультаций	**ПК** **ЗС**** **КС** **МШ***** **МК*** **МГ*** **С**	**АКС** **ДП** **ПК** **ПС**
4.	Аналитический этап	а) анализ психологических консультаций б) получение супервизий по протоколам	**ДИ*,** **РИ** **ЗС****	**АКС** **ДП** **ПК**

		консультаций в)обработка и анализ полученных результатов диагностических и исследовательских данных, г)формулировка диагностического заключения д)формулировка практических выводов и рекомендаций.	**КС** **МШ***** **МК*** **МГ*** **ПК** **С** **ПД**	**ПС** **С**
5.	Заключительный этап	а) подготовка комплекта отчетных материалов, б) получение характеристики-отзыва от руководителя производственной практики в организации; в) подготовка и защита развернутого отчета по производственной практике	**КС*** **МШ***	**ДП** **С** **ЗО**

Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ПК	психологические консультации	**ЗС****	решение ситуационных задач
ПД	психодиагностическая деятельность	**ДИ*, РИ***	деловая и ролевая учебная игра
КС*	круглый стол, дискуссии	**КС****	анализ клинических случаев
ПР	просветительская деятельность	**МШ***	метод мозгового штурма
ТР*	тренинги	**МГ***	метод малых групп
МК*	метод кейсов	**С**	супервизия

Формы текущего и промежуточного контроля

АКС	анализ клинических случаев (клинический разбор)
ПЗ	оценка психологического заключения
ДП	заполнение дневников на практике
ПС	оценка протокола супервизии
ПК	оценка протокола консультаций
ОИБ	оценка информационных бюллетеней
Т	тестирование
С	оценка по результатам собеседования (устный опрос)
ЗО	защиту оформленного отчета

По результатам прохождения практики студент сдает отчетную документацию и проходит итоговую аттестацию в форме экзамена. Экзамен направлен на оценку сформированности в ходе прохождения практики профессиональных умений и навыков.

Отчетная документация: характеристика, подписанная руководителем базы практики, дневник, психологические заключения, протоколы психодиагностического обследования, протоколы консультаций по разным видам вмешательства и отражающие разные направления вмешательства (профилактики, лечения, реабилитации и развития) (5). Протоколы супервизий (3).

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРОЕКТНО-ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА-ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цели и задачи практики:

Целью проектно-инновационной практики является комплексное освоение студентами знаний в области инновационных технологий профессиональной деятельности психолога, особенности педагогического, социального проектирования и получению умений и опыта в профессиональной деятельности, формирование профессиональных компетенций, закрепление теоретического материала и получение необходимого практического опыта, подготовка студентов к применению проектной деятельности в будущей профессии

. Задачами практики являются:

1. закрепление сформированных на теоретическом уровне материалов курсов научно-исследовательской работы студентов, управление проектами в профессиональной деятельности педагогической, возрастной, экспериментальной психологии, методики преподавания психологии;
2. овладение на практике технологиями планирования и организации занятий по психологии с использованием инновационных методов и метода проектов;
3. осуществление наблюдения и психологического анализа реальных образцов педагогической и преподавательской деятельности;
4. формирование умений будущих специалистов: построение общения, организация взаимодействия с другими людьми, диагностика личностных особенностей и т.д.
5. Формирование умений по разработке и реализации педагогических проектов, социальных проектов

Сроки проведения практики: 6 недель.

Студенты проходят практику в высших учебных заведениях.

В ходе прохождения практики студенты должны осуществлять психолого-просветительскую деятельность, проектно-инновационную деятельность.

Структура и содержание практики, формируемые компетенции, используемые образовательные технологии и методы обучения, формы текущего контроля

№	Разделы (этапы) практики	Виды учебной работы на практике, включая самостоятельную работу студентов	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения)	Формы текущего контроля
	Ознакомительный	- постановка педагогических задач, - определение функциональных обязанностей и графика работы практикантов с руководителями педагогической практики; - знакомство со спецификой базы практики; - знакомство с образовательным учреждением, распорядком дня правилами поведения, основными задачами и направлениями учебной работы преподавателя психологии в нем, - конкретизировать задачи практики, план работы, исходя из конкретной ситуации в данном образовательном учреждении - инструктаж по порядку прохождения практики, подготовка методического обеспечения	***КС**, С***	**ДП**

	Инновационно-проектный, педагогический	- знакомство со структурой образовательного процесса, образовательными стандартами -знакомство с перечнем инноваций в профессиональной деятельности психолога, в том числе в сопровождении образовательного процесса; -знакомство с инновационными технологиями профессиональной деятельности психолога; -знакомство с методами оценки эффективности применения инновационных технологий в педагогическом процессе;- -подготовка проекта по воспитательной работе, разработка социально обоснованного проекта, подготовка методических материалов, составных элементов учебно-методического комплекса с элементами инновационных методов(разработка конспекта-лекции в интерактивной форме, методических разработок для проведения семинарского занятия интерактивной форме, разработка методических рекомендаций для преподавателей и студентов, разработка кейсов, материалов по выбранной дисциплине или разделу дисциплины; - проведение практического и лекционного занятия с применением инновационных технологий - проведение психодиагностических исследований	**ТУН**** **ДИ*** **РИ*** **С** **УИРС**** **НИРС****	**ДП** **Пр** **С**
	Аналитический	- посещение занятий, проводимых руководителями практики; - посещение занятий, проводимых другими студентами; - участие в обсуждении проектов; - самоанализ своей проектно-педагогической деятельности - формулировка практических выводов и рекомендаций	**ОТ**** **С** **КС**** **ЗС****	**Пр** **ДП** **С**

	Заключительный этап	- подготовка комплекта отчетных материалов, - получение характеристики-отзыва от руководителя производственной практики в организации; - подготовка и защита развернутого отчета по педагогической практике ; - анализ эффективности практики; -оценка результатов практики	**КС* С**	**ДП ЗО**

Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ТУН	создание тематических учебных наборов (альбомов*) (создание элементов УМК)*	**ЗС***	решение ситуационных задач
КС*	круглый стол, дискуссии	**ДИ*, РИ***	деловая и ролевая учебная игра
ОТ	работа на обучающих тренажерах (*посещение занятий руководителя практики, проведение занятий*)	***КС***	анализ клинических случаев (*анализ педагогической деятельности: лекции, практического занятия*)
НИРС	научно-исследовательская работа студентов	***УИРС***	учебно-исследовательская работа студента (составление информационного обзора литературы по предложенной тематике, подготовка реферата, подготовка эссе, доклада, написание курсовой работы, подготовка учебных схем, таблиц)
С	супервизия		

Формы текущего и промежуточного контроля

ДП	заполнение дневников на практике
Пр	освоение практических навыков (умений)
Т	тестирование
С	оценка по результатам собеседования (устный опрос)
ЗО	защита оформленного отчета

По результатам прохождения практики студент сдает отчетную документацию и проходит итоговую аттестацию в форме экзамена. Экзамен

направлен на оценку сформированности в ходе прохождения практики профессиональных умений и навыков.

Отчетная документация: анализ проектно-педагогической деятельности, разработки методических рекомендаций для преподавателей по организации и проведению учебных занятий в различных формах: традиционных и интерактивных, дневник практики и характеристика.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ЭСПЕРТНО-ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цели и задачи практики:

Целью экспертно-психодиагностической практики является комплексное освоение студентами экспертной и диагностической профессиональной деятельности, путем получения объективной информации о совокупности патопсихологических механизмов формирования дезадаптивных тенденций и на основе этого состояния построения экспертного заключения.

Задачами практики являются:

1. -закрепление теоретического материала и получение необходимого практического опыта;
2. формирование навыков профессиональной коммуникации;
3. осуществление психодиагностической деятельности в обозначенных сферах деятельности;
4. проведение экспертиз и написание экспертного заключения.

Форма проведения практики – клиническая.

Сроки проведения практики: 4 1/3 недель.

Студенты проходят практику в учреждениях здравоохранения.

В ходе прохождения практики студенты должны осуществлять психодиагностическую, экспертную деятельность.

Структура и содержание практики, формируемые компетенции, используемые образовательные технологии и методы обучения, формы текущего контроля

№	Разделы (этапы) практики	Виды учебной работы на практике, включая самостоятельную работу студентов	Используемые образовательные технологии способы и методы обучения)	Формы текущего контроля
1	Ознакомительный	а) определение функциональных обязанностей и графика работы практикантов с руководителями производственной практики; б) знакомство со спецификой производственной базы практики; в) конкретизация задач практики, плана работы.	***КС** ***МШ***	**ДП**
2	Психодиагностический	а) проведение психодиагностических обследований на базах учреждений здравоохранения с пациентами лечебных учреждений. б) прояснение запроса, выдвижение терапевтических гипотез в) получение супервизорких консультаций г) написание психодиагностического заключения	**ДИ** **РИ** **ЗС**** **ПД** **МШ***** **МК*** **МГ*** **ПК** **С**	**АКС** **ДП** **Пр**
	Экспертный	а) совместно с медицинским психологом проведение экспертизы с различными группами населения б) написание экспертного заключения в) осуществление психопрофилактических мероприятий г) подготовка и проведение тематических бесед	**ДИ*** **РИ** **ЗС**** **КС** **МШ***** **МК***	**АКС** **Пр** **ДП**

3			**МГ* Э С**	
4	Аналитический	а) анализ психодиагностической деятельности б) получение супервизий по протоколам в)обработка и анализ полученных результатов диагностических и исследовательских данных, г)формулировка диагностического и экспертного заключения д)формулировка практических выводов и рекомендаций.	**ДИ*, РИ ЗС** КС МШ*** МК* МГ* С**	**АКС Пр ДП**
5	Заключительный этап	а) подготовка комплекта отчетных материалов, б) получение характеристики-отзыва от руководителя производственной практики в организации; в) подготовка и защита развернутого отчета по производственной практике	**КС* МШ***	**ДП С**

Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ПД	Психодиагностическая деятельность	**ЗС****	решение ситуационных задач
КС*	круглый стол, дискуссии	**ДИ*, РИ***	деловая и ролевая учебная игра
Э	Экспертная деятельность	**КС****	анализ клинических случаев
МК*	метод кейсов	**МШ***	метод мозгового штурма
С	супервизия	**МГ***	метод малых групп

Формы текущего и промежуточного контроля

АКС	анализ клинических случаев (клинический разбор)
ДП	заполнение дневников на практике
Пр	освоение практических навыков (умений)

По результатам прохождения практики студент сдает отчетную документацию и проходит итоговую аттестацию в форме экзамена. Экзамен направлен на оценку сформированности в ходе прохождения практики профессиональных умений и навыков.

Отчетная документация: Протоколы экспертных заключений (2) Протоколы психодиагностических заключений (5). Протоколы супервизий (3). Дневник практики и характеристика.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИИ-ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цели и задачи практики:

Целью производственной практики по профессиональной супервизии является комплексное освоение студентами профессиональной деятельности по специальности в рамках выбранной специализации («Психология здоровья и спорта», «Патопсихологическая диагностика и психотерапия», «Нейропсихологическая реабилитация и коррекционно-развивающее обучение»), фомирование общих и профессиональных компетенций, оказание и получение супервизионной помощи.

Задачами практики являются:

- помощь в формулировании психотерапевтической гипотезы, помощь в техническом выполнении психотерапевтических навыков;
- наблюдение за соответствием тактики психотерапии и применяемых технических средств ее реализации, этапности психотерапии; концептуализация процесса и содержания психологического консультирования;
- обучение супервизируемого выполнению конкретных психотерапевтических действий на примере представленного случая.

Форма проведения практики-клиническая.

Сроки проведения практики: 6 недель.

Студенты проходят практику в учреждениях здравоохранения.

В ходе прохождения практики студенты должны осуществлять психолого-просветительскую деятельность, проектно-инновационную деятельность, консультативно-психотерапевтическую деятельность в рамках специализации.

Отчетная документация: Наличие психологических заключений (копии). Программы психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии (2). Протоколы консультаций (5). Протоколы супервизий (5). Дневник практики, характеристика, подписанная руководителем базы практики.

Структура и содержание практики, формируемые компетенции, используемые образовательные технологии и методы обучения, формы текущего контроля

№	Разделы (этапы) практики	Виды учебной работы на практике, включая самостоятельную работу студентов	Используемые образовательные технологии способы и методы обучения)	Формы текущего контроля
1	Ознакомительный	а) определение функциональных обязанностей и графика работы практикантов с руководителями производственной практики; б) знакомство со спецификой производственной базы практики; в) конкретизация задач практики, плана работы.	***КС** ***МШ****	**ДП**
2		а) проведение первичных психологических консультаций на базах учреждений здравоохранения с пациентами лечебных учреждений и в школе олимпийского резерва со спортсменами. б) проведение первичных психологических консультаций на базах учреждений здравоохранения с	**ДИ** **РИ** **ЗС**** **КС** **МШ****	**АКС** **ДП** **Пр**

	Консультативный	сотрудниками лечебных учреждений и в школе олимпийского резерва тренерским составом в) психологический анализ проблемной ситуации и выработка предложения по осуществлению адекватных психологических вмешательств г) комплексное исследование в целях индивидуальной психологической диагностики и оценки социально-психологических факторов; д) применение методов и технологии вмешательства для разрешения проблемной ситуации (под наблюдением руководителя супервизии), который проводит анализ и оценку их эффективности; е) анализ потенциальных осложнений, к которым могли бы привести реализованные воздействия на проблемную ситуацию; ж) выделение мишеней коррекционного воздействия исследований	**МК*** **МГ*** **ПК** **С**	
3	Психолого-просветительский	а) осуществление психопрофилактических мероприятий б) подготовка и проведение тематических бесед в) проведение тренингов г)формулировка практических выводов и рекомендаций д) посещение групповых супервизий е) приобретение и развитие опыта профессионального супервизирования	**ТР*** **ДИ*** **РИ** **ЗС**** **КС** **МШ***** **МК*** **МГ*** **ПК** **С**	**АКС** **Пр** **ДП**
4.	Супервизорский	Создание психодиагностических, психотерапевтических, консультационные и коррекционных методов психологического вмешательства на примере анализа случаев из собственной практики в предложенном супервизором клиническом случае		

5	Аналитический	а) анализ психологической деятельности в рамках практики б) получение супервизий по протоколам консультаций	**МШ***** **МГ*** **С**	**АКС** **Пр** **ДП**
6	Заключительный этап	а) подготовка комплекта отчетных материалов, б) получение характеристики-отзыва от руководителя производственной практики в организации; в) подготовка и защита развернутого отчета по производственной практике	**КС*** **МШ***	**ДП** **С**

Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ПК	Психологические консультации	**ЗС****	решение ситуационных задач
КС*	круглый стол, дискуссии	**ДИ*, РИ***	деловая и ролевая учебная игра
ТР*	тренинги	**КС****	анализ клинических случаев
МК*	метод кейсов	**МШ***	метод мозгового штурма
С	супервизия	**МГ***	метод малых групп

Формы текущего и промежуточного контроля

АКС	анализ клинических случаев (клинический разбор)
ДП	заполнение дневников на практике
Пр	освоение практических навыков (умений)

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ И КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ПРАКТИКА-ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цели и задачи практики

Цель: систематизация, закрепление и расширение теоретических и практических знаний по специальности и применение этих знаний при решении конкретных научных и практических задач.

Задачи:

- развитие навыков ведения самостоятельной работы и овладение методикой исследования и экспериментирования при решении разрабатываемых в дипломной работе проблем и вопросов.
- Планирование научного исследования; разработка дизайна исследования, оценка его соответствия современным требованиям, целям исследования и этико-деонтологическим нормам и самостоятельное проведение исследования.

Оформление и написание дипломной работы.

Форма проведения практики-клиническая.

Сроки проведения практики: 6 2/3недели.

Студенты проходят практику на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Курский государственный медицинский университет Министерства Российской Федерации

В ходе прохождения практики студенты должны осуществлять психодиагностическую, научно-исследовательскую, проектно-инновационную деятельность.

Отчетная документация: дневник практики и характеристика, проект выпускной квалификационной работы, бланки исследования (копии).

Структура и содержание практики, формируемые компетенции, используемые образовательные технологии и методы обучения, формы текущего контроля

№	Разделы (этапы) практики	Виды учебной работы на практике, включая самостоятельную работу студентов	Используемые образовательные технологии способы и методы обучения)	Формы текущего контроля
1	Ознакомительный	а) определение функциональных обязанностей и графика работы практикантов с руководителями производственной практики; б) знакомство со спецификой производственной базы практики; в) конкретизация задач практики, плана работы; г) планирование исследования составление программы исследования	***КС**** ***МШ******	**ДП** **ЗД**
2	Проведение психодиагностического исследования	Выдвижение инновационных профессиональных задач в области научно-исследовательской деятельности Формирование комплекса психодиагностических методов, адекватных целям исследования, определение последовательности их применения. Проведения психологических исследований на основе применения общепрофессиональных знаний и умений в различных областях профессиональной практики в соответствии с исследовательскими задачами и этико-деонтологическими нормам	**МШ*** **МГ*** **КС****	**ПрИ**
3.	Обработка и анализ данных исследования	Количественный и качественный анализ полученных данных на основе общегуманитарных и математическо-статистических методов	**МШ*** **МГ*** **МСТ**	**ПрИ** **Пр** **ЗД**

4.	Интерпретация полученных данных. Написание отчета о проведенном исследовании	Содержательная психологическая интерпретация полученных данных, соотнесение с данными, полученными в других эмпирических исследованиях. Подведение итогов исследования, изучения перспектив развития исследования	**КС*** **С** **ЗД** **ДИ*** **РИ***	**АКС** **ПрИ** **Пр** **ЗД**
5.	Консультационно-коррекционный этап	На основе полученных результатов исследование подбор психотерапевтических, консультационных и коррекционных технологии. Разработка программы психологического вмешательства.	**КС*** **С** **ЗД** **ДИ*** **РИ***	**ПрИ** **Пр** **ЗД**
6	Заключительный этап	а) подготовка комплекта отчетных материалов, б) получение характеристики-отзыва от руководителя практики в организации; в) подготовка и защита развернутого отчета по научно-исследовательской практике	**КС*** **МШ*****	**ЗД** **ОП**

Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ЗД	Задание на дипломную работу	**МСТ**	математическо-статистические методы
КС*	круглый стол, дискуссии	**ДИ*, РИ***	деловая и ролевая учебная игра
ТР*	тренинги	**КС****	анализ клинических случаев
МК*	метод кейсов	**МШ***	метод мозгового штурма
С	супервизия	**МГ***	метод малых групп

Формы текущего и промежуточного контроля

АКС	анализ клинических случаев (клинический разбор)
ОП	заполнение отчета по практике
Пр	освоение практических навыков (умений)
ПрИ	протоколы исследования
ЗД	задание на дипломную работу

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ В ПЕРИОД ПРАКТИКА

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В рамках деятельности клинического психолога психодиагностическая деятельность ориентирована на решение следующих задач:

- ✓ применение на практике психологических и связанных с ними методов, концепций, теорий, моделей и знаний: эффективное взаимодействие с пациентом (или клиентом), медицинским персоналом и заказчиком услуг с учетом клинико- психологических, социально-психологических и этико-деонтологических аспектов взаимодействия;
- ✓ выявление и анализ информации о потребностях пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) с помощью интервью, анамнестического (биографического) метода и других клинико-психологических методов;
- ✓ определение целей, задач и программы (выбор методов и последовательности их применения) психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
- ✓ диагностика психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, конфликтов, способов адаптации, личностных ресурсов, межличностных отношений и других психологических феноменов с использованием соответствующих методов клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования;
- ✓ составление развернутого структурированного психологического заключения и рекомендаций с учетом современных представлений о системном характере психики человека в норме и патологии;
- ✓ предоставление обратной связи: обеспечение пациента (клиента), медицинского персонала и других заказчиков услуг информацией о

результатах диагностики с учетом потребностей и индивидуальных особенностей пользователя психологического заключения;

Основную цель процесса психологической диагностики, реализуемого в различных областях клинической и профилактической медицины, можно определить как получение объективной информации о совокупности психологических характеристик исследуемого (и пациента клиники, и здорового человека, испытывающего жизненные трудности), механизмах формирования дезадаптивных тенденций у контингентов риска или у лиц, находящихся в проблемной или кризисной ситуации.

Непосредственное отношение медицинская психодиагностика имеет к оценке динамики и эффективности лечебного процесса и предполагает представление этой информации в систематизированном виде – в виде психологического заключения (психологического диагноза) для интеграции с клинической оценкой больного. Определяющей в описании результатов психологического исследования в клинике является клиническая (лечебно-диагностическая) задача, в связи с которой оно проводится. В каждой области медицины эти задачи имеют свою специфику, но в качестве таких задач могут выступать: определение возможных причин и механизмов (психогенных, социогенных, стрессорных) возникновения расстройств в психической сфере и нарушений социальной адаптации, а также оценка структуры и степени выраженности психических нарушений, выявление сохранных сторон личности при проведении дифференциальной диагностики и различных видов экспертизы, при определении путей психологической коррекции и психотерапии, при оценке динамики течения заболевания и эффективности терапии. В конкретном психодиагностическом исследовании такие задачи выступают в качестве системообразующего фактора, определяющего как стратегию и тактику проведения самого исследования, так и характер системного описания его результатов – психодиагностического заключения [Вассерман, Щелкова, 2003].

Задачи психологической диагностики в профилактической медицине в общем виде сводятся к выявлению факторов (индивидуально-личностных и психосоциальных) повышенного риска психической дезадаптации в связи с действием стрессогенных факторов и недостаточной конструктивностью защитно-совладающего поведения [Исаева, 2009; Вассерман и др., 2010]. По современным представлениям, нарушения психической адаптации под влиянием разнообразных и множественных стрессогенных факторов могут с высокой вероятностью проявляться в виде невротических, психосоматических или поведенческих расстройств с клинически очерченной и субклинической симптоматикой. Определение индивидуальных особенностей личности и социально-психологической ситуации, предрасполагающих к упомянутым расстройствам, составляет основную задачу медико-психологических исследований в рамках профилактического направления медицины.

Важнейшей задачей профессионально грамотного использования идей и методов медицинской психодиагностики является выявление адаптивных ресурсов личности, обусловливающих резистентность к разрушающему влиянию стресса, толерантность и конструктивность совладания (психологического преодоления стресса) у здоровых людей, оказавшихся в кризисных или экстремальных ситуациях.

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

К задачам психологической диагностики в психиатрии относятся: получение данных для дифференциальной диагностики, определение уровня и структуры интеллектуального, эмоционального, волевого дефекта в ходе лечебно-диагностического процесса и различных видов экспертизы (судебной, военной, трудовой), оценка динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией и другие задачи, направленные главным образом на уточнение результатов клинической диагностики,

осуществляемой врачом-психиатром [Блейхер и др., 2006; Зейгарник, 2008; и др.].

Указанные и многие другие задачи (уточняющиеся постоянно в связи с совершенствованием методов инструментальной диагностики и разработкой новых лекарственных форм) определяют одно из фундаментальных направлений медицинской психологии – патопсихологию. Центральное место в патопсихологической диагностике занимает общая задача получения психологических данных для клинико-психопатологической диагностики патогенеза и содержания психологической дефицитарности. В настоящее время, сохраняя свою актуальность, патопсихологическая диагностика наполняется новым содержанием и, как уже отмечалось, постоянно дополняется новыми задачами. Это можно видеть на примере клиники шизофрении, нередко вызывающей трудности в оценках и суждениях.

В настоящее время актуальность приобретают, в частности, задачи психодиагностики, направленной на разграничение вяло протекающих форм шизофрении, шизоаффективного и шизотипического расстройства от невротических расстройств и расстройств личности.

Становится все более очевидным, что участие клинического психолога в диагностике шизофрении наряду с выявлением и квалификацией мыслительных нарушений должно быть направлено на объективизацию процессуальных изменений мотивационной сферы, отражающихся в перестройке ценностных ориентаций, в особенностях самооценки, форм общения и способов контакта с действительностью. Эти тонкие изменения личности при шизофрении во многих случаях являются единственным ранним критерием ее отграничения от иных клинически сходных заболеваний и могут значительно опережать появление характерных изменений в познавательной сфере [Иванов, Незнанов, 2008].

Следующая группа современных задач психологической диагностики в клинике шизофрении определяется современной биопсихосоциальной парадигмой психиатрии и связана с изменением представлений о

патогенетических механизмах психических расстройств. В частности, конституционально-биологический подход, традиционный в отечественной психиатрии, дополняется психодинамическим подходом к оценке глубинно личностных факторов возникновения и течения заболеваний. В этих условиях в круг исследуемых проблем включаются сфера семейных (в том числе ранних детско-родительских) отношений, разнообразные макро- и микросоциальные факторы-стрессоры, специфические личностные особенности, обусловливающие повышенную психическую «уязвимость» (диатез); особое значение приобретает выявление адаптационно-компенсаторных механизмов личности. Учитывается влияние психологической адаптации на клинические характеристики заболевания. При этом психологический компонент психической адаптации (механизмы психологической защиты, копинга, «внутренняя картина болезни») рассматривается как один из критериев дифференциальной диагностики психических расстройств (например, неврозоподобной шизофрении и невротических расстройств).

Расширение традиционных психодиагностических задач отмечается и при дифференциальной диагностике в клинике аффективной патологии, прежде всего депрессивных расстройств [Краснов, 2011]. В их многообразии можно выделить две основные задачи.

Одна из задач связана с установлением происхождения депрессивного состояния, его нозологической природы и заключается в определении значимой роли психологических факторов (ситуационных и личностных) в картине болезни и ее возможного психогенного происхождения. Таким образом, речь идет об участии клинического психолога в дифференциальной диагностике эндогенных и психогенных аффективных расстройств, где центральное место в диагностической работе психолога занимает изучение психогенеза депрессии, т.е. установление (или исключение) психологически понятной связи между клиническими проявлениями депрессии (прежде всего содержанием депрессивных переживаний) и личностно-мотивационными

характеристиками пациента, особенностями его жизненной ситуации, способами и ресурсами совладающего поведения и другими психосоциальными факторами.

Другая задача заключается в идентификации самого депрессивного состояния, распознавании стертых, «маскированных» и соматизированных депрессий и отграничения депрессии от апатических и неврозоподобных расстройств [Краснов, 2011]. Решению этих задач способствует изучение в ходе психодиагностического исследования не только особенностей познавательной деятельности, эмоционального фона и общей психической активности, но и установок, самосознания личности, отражающих характерное для депрессивных больных отношение к себе, к актуальной жизненной ситуации, к будущему, микросоциальному и внеморбидному окружению.

В настоящее время традиционные для клиники депрессивных расстройств задачи выявления высоко значимых диагностических факторов (снижение уровня и искажение структуры самооценки, интрапунитивный характер реакций и др.) дополняются задачами изучения когнитивной сферы больных. Это связано с тем, что одной из современных концепций происхождения депрессивных расстройств является концепция дисфункциональных когнитивных тенденций (когнитивных искажений) [Бек, 2003]. Положения о когнитивных механизмах развития эмоциональных расстройств сочетаются с представлением о патогенном значении систематически неэффективного копинг-поведения депрессивных больных) [Абабков, Перре, 2004]. Поэтому важной современной задачей психологической диагностики депрессий выступает задача выявления когнитивных искажений и дезадаптивных способов стресс-преодолевающего поведения (копинга), особенно относящихся к когнитивной сфере, иными словами – изучение аффективно-когнитивных соотношений.

Участие клинического психолога, например, в дифференциальной диагностике эндогенных депрессий и послеродовых депрессий или

депрессий в рамках органического (посттравматического, сосудистого, интоксикационного) аффективного расстройства [Краснов, 2011; Вассерман и др., 2012], соматоформных, соматизированных и соматогенных депрессий [Смулевич, 2001; Александровский, 2004] также является весьма актуальным (в структурно-функциональном плане) в связи с изучением роли нарушений метаболизма нейротрансмиттеров в генезе расстройств аффективного регистра, а следовательно, в связи с проблемами эффективности психофармакотерапии. Другим обстоятельством является все более совершенные методы нейровизуализации (МРТ, фМРТ, ПЭТ), позволяющие сопряженно с нейропсихологической диагностикой изучать мозговые механизмы патологии.

Трудными в диагностическом плане (а значит – требующими достаточной квалификации психолога) являются депрессии у больных наркологической, а также все чаще – в детско-подростковой психиатрической клинике.

Перечисленные задачи психологической диагностики в психиатрической клинике – традиционные и возникшие на современном этапе развития медицины и связанные, прежде всего, с ее биопсихосоциальной и адаптационной парадигмами, – не исчерпывают всего многообразия направлений диагностической деятельности клинического психолога.

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Основные задачи психологической диагностики в неврологической клинике определяются характером изучаемой патологии и тесно сопряжены с задачами нейропсихологической диагностики, состоящими в описании, квалификации структуры и определении степени выраженности изменений психической деятельности в результате очаговых поражений головного мозга с целью топической диагностики, обоснования восстановительного обучения и реабилитационных мероприятий. Задачи психологической диагностики в

неврологической клинике, как известно, реализуются с помощью специализированных клинико-экспериментальных приемов исследования, которые в специальной литературе носят название «Методы нейропсихологической диагностики» [Вассерман и др., 1997].

Вместе с тем, современный биопсихосоциальный подход и концепция адаптации человека, являясь методологическим основанием психодиагностики в целом, требуют исследовать больных с поражением мозга в более широком контексте этой системной деятельности. Речь идет не об острых периодах мозговой патологии, а об относительно резидуальных этапах – этапах восстановления и реабилитации. В эти периоды, если с больными возможен вербальный и поведенческий контакт, необходимо исследовать и оценить актуальное эмоциональное состояние, тенденции доминирующих эмоционально-аффективных реакций в зависимости от локализации и латерализации поражения мозга, состояние межполушарного функционального взаимодействия, например, оценивая функциональное состояние интактного полушария можно прогнозировать компенсаторные возможности мозга и использовать это в методах восстановительного обучения.

Также необходимо учитывать элементы внутренней картины болезни в прогностическом плане, степени критичности больных, модели аффективно-поведенческих проявлений, особенно в коммуникативной сфере (импульсивность решений, мотивацию лечения, общую оценку ценностно-смысловой сферы и др.) Требуется также квалифицированный анализ психосоциальных факторов: семьи и социальной поддержки, уровня образования и многого другого.

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Комплекс задач психологической диагностики в соматической клинике следует выделить особо, так как значение этого виде профессиональной деятельности медицинского психолога в настоящее время существенно

возрастает в связи с все большим пониманием важной роли личности больного и социально-психологических факторов в развитии заболеваний и в лечебном процессе.

Прямое отношение к исследованию эмоционально-личностной сферы имеет традиционная психодиагностическая задача изучения воздействия соматического состояния на психику человека, которое подразумевает анализ двух видов патогенного влияния: собственно соматогенный, а также психогенный, связанный с личностным смыслом болезни, с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия. Первый вид предполагает выявление особенностей и нарушений психического состояния больных, включая его интеллектуальные и эмоционально-аффективные компоненты; второй – изучение изменений в личностно-мотивационной и эмоционально-аффективной сферах [Смулевич, 2001; Клиническая психология, 2006; Вассерман и др., 2011]. Клиническая практика показывает, что каждый из этих видов может быть выражен на уровне психологического (реакции, не выходящие за пределы нормы), невротического (пограничного) и психотического регистров.

Задача клинического психолога при выявлении особенностей и нарушений, соответствующих первому и второму регистрам, состоит в дифференциальной оценке психического состояния больного, т.е. определении степени выраженности, глубины и структуры эмоционально-аффективных, мотивационных и поведенческих нарушений. В задачу психологической диагностики в этих случаях входит также выявление осознаваемых и неосознаваемых установок в отношении болезни и лечения (например, тенденций к «уходу в болезнь», «уходу в работу» и др.), которые могут как вытекать (быть следствием) нарушений психического состояния больного, так и приводить к усилению тревоги, депрессии, страхов, ипохондрических фиксаций [Бройтигам и др., 1999; Сидоров и др., 2006; Вассерман и др., 2011].

Важно отметить, что выявленные в психологическом исследовании эмоционально-аффективные нарушения пограничного уровня могут быть расценены как факторы риска развития более глубоких и коморбидных по своей сущности психических расстройств, например, тревожно-депрессивных, стойких ипохондрических фиксаций с суицидальными тенденциями и пр. [Смулевич, 2001; и др.]. Возможность такого предрасположения, в частности, обсуждается в психодинамической концепции депрессии, выдвигающей в качестве этиологических факторов ситуации потери, лишения, угрозы – т.е. типичные стрессовые ситуации для больных хроническими соматическими заболеваниями, в особенности при витальной угрозе. Очевидно, что адекватная психологическая диагностика в таких случаях должны учитывать сложные соматопсихические и психосоматические соотношения, хотя методологическая база для этого в настоящее время находится лишь в стадии разработки [Вассерман и др., 2010].

Следующая задача связана с изучением психологической адаптации личности к болезни, к оценке индивидуальной ценности здоровья и личного смысла болезни, что отвечает общей установке, вытекающей из биопсихосоциальной модели психического и соматического здоровья.

Научные исследования, выполненные в различных клиниках, отражают эволюцию взглядов на роль психологических факторов в целостном понимании соматического заболевания. Эта эволюция сопровождается перемещением акцента с признания важности личностных черт и эмоциональных конфликтов в развитии заболевания к учету механизмов приспособления личности к болезни. Проблема психической адаптации к стрессогенным условиям жизни, в том числе к условиям вновь возникшего или хронического соматического заболевания, является одной из центральных проблем современной медицинской психологии и психодиагностики.

Согласно системной концепции психической адаптации, в этом интегративном процессе (при патологии) существенное значение имеет подсистема совладающего со стрессом болезни поведения и механизмы психологической защиты. Одним из важнейших компонентов адаптационно-компенсаторного комплекса в условиях развившегося соматического заболевания является «внутренняя картина болезни» (ВКБ), формирующаяся на основе субъективного аффективно-когнитивного отражения болезни в психике человека. Все эти компоненты в своем единстве и взаимодействии и являются предметом психологической диагностики в соматической клинике, реализуемой в системной адаптационной парадигме.

Следует напомнить, что одной из основополагающих теорий в этом контексте является теория отношений В.Н. Мясищева. Выделение как особого клинико-психологического конструкта отношения к болезни позволяет интегрировать в единое целое такие категории, относящиеся к субъективному миру пациента, как знание о болезни, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование и качество жизни, эмоционально-аффективные и личностно-поведенческие реакции, связанные с болезнью. Для медицинской психологии, таким образом, понятие отношения к болезни является одним из наиболее важных в системе отношений личности.

В связи с этим важнейшей задачей психологической диагностики в соматической клинике выступает выявление типа отношения к болезни на основе использования существующих в настоящее время типологий и систематик. Одна из таких типологий и инструмент для ее психологической диагностики разработаны в школе медицинской психологии В.М. Мясищева и предполагают выделение преобладающего типа отношения к болезни, в структуру которого могут быть включены элементы других типов [Вассерман и др., 2005].

Отметим важное обстоятельство: при исследовании внутренней картины болезни (отношения к болезни) на современном уровне методологии

необходимо учитывать личностный смысл и его динамику [Леонтьев, 2003], качество жизни больных и, конечно, систему взаимоотношений с врачом [Ловелле, Кудрявая, 1999].

Уже упоминалось, что изучение механизмов психологической адаптации к болезни включает также анализ особенностей защитного и совладающего (стресс-преодолевающего) поведения больных. Структура и выраженность этих механизмов во многом определяют баланс конструктивных и деструктивных способов совладания со стрессом болезни. Выявление и последующая психотерапевтическая проработка неконструктивных (осознаваемых и неосознаваемых) форм защиты «Я» от угрозы является важной, но всегда сложной составной частью работы психолога со всем комплексом проблем, связанных с реакцией личности на болезнь [Вассерман и др., 2011].

Существенной задачей также является изучение соотношений отдельных компонентов в системе адаптации личности к болезни. Так, показано, что в основе некоторых гипернозогнозических компонентов отношения к болезни лежит недостаточное использование либо несформированность навыков планирования своей деятельности. С другой стороны, в игнорировании заболевания, невыполнении медицинских рекомендаций усматривается общая тенденция к избегающему поведению в ответ на воздействие стрессора. Выявление динамики этих компонентов в их системной взаимосвязи составляет важную и наиболее трудную задачу психологической диагностики в соматической клинике, поскольку их характер должен учитываться в процессе личностно-ориентированной и/или когнитивно-поведенческой психотерапии больных соматическими заболеваниями.

Отдельную задачу составляет изучение качества жизни больных, так как современные подходы к оценке эффективности терапии предполагают анализ не только объективной динамики симптомов болезни, но и субъективной удовлетворенности больного лечением и своей жизнью в

условиях болезни. В соответствии с этим следует отметить, что качество жизни в значительной степени определяется отношением к здоровью как жизненной ценности, понимание и осознание которой приходит только при заболевании .Можно считать, что для клинического психолога, работающего в клинике, понимание личностного смысла заболевания в иерархии смыслов и ценностей больного является центральной задачей психологической диагностики, от решения которой зависит выбор методов психологической коррекции и социальной реабилитации. Наряду с новыми и современными задачами психологической диагностики, связанными, прежде всего, с изучением адаптации личности к болезни и качества жизни больных, задача определения психологических факторов, участвующих в формировании соматических симптомов и психосоматических расстройств, остается актуальной. Выработка определенных принципов психодиагностического исследования может повысить эффективность психотерапии и психопрофилактики в комплексном лечении и реабилитации больных. Эти принципы должны отвечать системному характеру рассматриваемой проблемы и предполагают выделение следующих блоков психодиагностической информации при исследовании больных соматическими и психосоматическими заболеваниями:

– клинико-психологические данные об условиях развития личности больного (исторический, генетический анализ по В.Н. Мясищеву), формирования его социальных отношений и внутриличностных проблем, о сформированных в этих условиях индивидуальных особенностях личности, ее ценностного сознания, межличностного взаимодействия, понимания индивидуальной ценности здоровья и здорового образа жизни;

– оценка актуального психического (эмоционального и функционального) состояния и реактивно-личностных образований в связи с заболеванием, а также психосоциальных факторов, его сопровождающих;

– особенности «внутренней картины болезни», или отношения к болезни (его когнитивного, эмоционально-аффективного и мотивационно-

поведенческого компонентов), а также личностный смысл заболевания в системе индивидуальных личностных смыслов и значимых отношений личности;

– изучение комплекса защитных и совладающих со стрессом болезни механизмов – неосознаваемых (механизмы психологической защиты) и вполне осознаваемых и активных стратегий психологического преодоления (копинга), а также обеспечивающих их внутренних (личностных) и средовых ресурсов;

– качество жизни больных как результирующая объективных условий существования личности в условиях болезни и субъективного отражения их в ее самосознании и эмоциональной сфере.

Подобный комплекс психодиагностической информации может способствовать выявлению психологических факторов развития соматической (психосоматической и соматопсихической) патологии, а также реакций личности больного на соматогенные вредности и нозогенную (связанную с самим фактом заболевания) психическую травматизацию.

Таким образом, задачи психологической диагностики в соматической клинике, отражая ее многомерный характер, образуют, по сути, единый комплекс. Они направлены на выявление факторов, влияющих на возникновение, течение и лечение (формирование комплайенса) заболеваний, изменений психической деятельности и поведения под влиянием болезни, реакций личности на болезнь, а также механизмов психологической адаптации к болезни, социального функционирования в условиях болезни и качества жизни больных.

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Задачи психодиагностики, связанные с выявлением факторов риска психической дезадаптации, включены в комплекс задач психогигиены и психопрофилактики – неотъемлемых составных частей медицины и здравоохранения, направленных на предупреждение и раннее выявление

нарушений психического (а также соматического) здоровья и адекватного функционирования личности в социуме. Эти междисциплинарные области приобретают в последнее время все большую социальную значимость в связи с существенным увеличением факторов риска психической дезадаптации, к числу которых можно отнести возрастание динамизма и напряженности повседневной жизни людей, а также резкое увеличение экстремальных и кризисных ситуаций, обусловленных социально-экономическими, техногенными, военными и другими причинами.

Задачи психологической диагностики в области психогигиены (направленной на поддержание психического здоровья и предупреждение заболеваний у практически здоровых людей) связаны с определением в каждом конкретном случае личностных и средовых ресурсов, способствующих оптимальной психической адаптации. По мнению Ю.А. Александровского, об адаптированной, «нормальной» психической деятельности человека можно говорить только в том случае, если эта деятельность соответствует уровню, необходимому для активной жизнедеятельности или превышает его. При этом психическая адаптация понимается не в негативном смысле (лишь как отсутствие дезадаптации), а в позитивном – как способность к постоянному развитию, обогащению личности за счет повышения ее самостоятельности, зрелости, ответственности, интериоризации позитивного опыта других, способности к преодолению различных фрустрирующих обстоятельств на пути к самореализации.

В этом контексте к числу задач психологической диагностики в области психогигиены следует отнести широкий спектр исследований актуального эмоционального состояния, особенностей потребностно-мотивационной и энергетико-волевой сфер личности, системы ее значимых отношений и ценностей, механизмов психологической защиты и копинга, особенностей познавательной деятельности, включая ее мотивационные характеристики, креативный потенциал и стремление к самопознанию, а

также исследования других проявлений психической жизни человека, которые могут служить основой для позитивного развития личности и противостояния патогенным факторам личностно-средового влияния.

Учитывая представления о взаимодействии в системе психогигиены и психопрофилактики трех основных компонентов – личностного, межличностного и ситуационного, а также важнейшую роль социального окружения в жизни каждого человека, релевантная психологическая диагностика в рамках психогигиены должны быть направлена не только на выявление индивидуальных психологических особенностей личности, но и на выявление социальных и социально-психологических факторов, влияющих на формирование и актуальное состояние личности. К числу таких факторов можно отнести характер детско-родительских и супружеских отношений, отношения в производственном (учебном) коллективе, в сфере неформального общения и в других значимых сферах отношений личности.

Таким образом, эффективная психогигиена как составная часть проектов охраны психического здоровья предполагает использование разнообразных методов психологической диагностики, относящихся к ее медицинскому, социальному, профессиональному и прочим направлениям.

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Результаты проведения, обработки, анализа и обобщения данных исследования представляются клиническим психологом в виде текста психодиагностического заключения. Заключение целесообразно строить по определенной схеме для лучшей организации представляемого в нем материала. При изложении результатов клинико - психологического исследования отражаются данные, релевантные поставленной задаче и полученные путем беседы психолога с больным, наблюдение за его поведением во время исследования, изучения продуктов его творчества (писем, дневниковых записей, рисунков). В отдельных случаях эти данные

дополняются сведениями, полученными в беседе с членами ближайшего микросоциального окружения больного.

При изложении клинико-психологических данных внимание читателя представленного заключения фокусируется на жалобах испытуемого, его самооценке состояния психических процессов и функций, настроения, самочувствия. Диагностическую ценность в данном случае представляет как содержание жалоб больного, в котором отражается субъективное восприятие симптомов болезни, так и характер их предъявления (демонстративный, нарочитый или сдержанный, контролируемый, а также пароноялько-ненасыщаемый, упорно-ипохондрический и др.), в котором отражаются личностные особенности пациента. Существенное значение имеет также расхождение между предъявляемыми жалобами (например на значительное снижение умственной работоспособности и т. д.)и нормативными результатами инструментального исследования.

Отражаются данные о поведении пациента в процессе исследования, его отношение к ходу и результатам исследования: стремление к сотрудничеству, заинтересованность, активность, принятие критики или, напротив, отгороженность, дистанцированность, незаинтересованность, пассивность, некорригируемость. Эти особенности в значительной степени дополняют данные инструментального исследования эмоционально-аффективной и мотивационно- волевой сфер личности. Особое значение имеют установочные формы поведения и реакции испытуемого (аггравация, симуляция, диссимуляция). Они не только характеризуют мотивационно-поведенческую сферу личности, но и оказывают влияние на достоверность получаемых в эксперименте данных.

В основной части заключения представляются результаты инструментального исследования эмоционального состояния испытуемого и сферы его личности. На основании тестовых данных, проективных техник и шкал самооценки делается заключение об уровне и устойчивости эмоционального фона (настроение) испытуемого. Вся диагностическая

информация, полученная при исследовании индивидуальных свойств и системы отношений личности, рассматривается с учетом преобладающего в момент исследования фона настроения, оказывающего существенное влияние на характер протекания психических процессов и самовосприятие испытуемого.

Результаты исследования сферы личности излагаются в определенной последовательности – от описания более биологически обусловленных типологических свойств темперамента и характера (экстраверсия-интроверсия, тревожность и др.) до характеристики более социально детерминированных, сложных подструктур личности (самосознание, ценностные ориентации и др.). В зависимости от задач исследования с большей или меньшей подробностью приводит характеристика эмоционально-аффективной, мотивационно-волевой, поведенческой сфер личности, сферы межличностного взаимодействия, а также общая характеристика уровня и особенностей социальной адаптации. Указываются выявленные в исследовании личностные характеристики, способствующие и препятствующие оптимальной адаптации (например, уровень фрустрационной толерантности, способность к усвоению социальных норм и пр.). В заключениях, ориентированных на цели социальной реабилитации и психотерапии, подробно характеризуются сферы значимых отношений, внутриличностные конфликты и социально- психологические проблемы испытуемого, а также выработанные личностью способы психологического преодоления (копинг-стратегии и копинг-ресурсы). По возможности указываются психологические механизмы формирования выявленных нарушений в сфере личности и социальной адаптации, их предположительная динамика и пути коррекции.

В последнем разделе заключения формируются выводы, или резюме, отражающие наиболее важные данные, полученные в психодиагностическом исследовании. Эти данные должны формулироваться в обобщенном виде.

Выявленные в психологическом исследовании нарушения психологического состояния, познавательной деятельности, эмоционально-личностных свойств, социального функционирования личности подвергаются клиническому осмыслению и услужат объектом («мишенями») терапевтических мероприятий.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО)

В рамках деятельности клинического психолога консультативная и психотерапевтическая деятельность (психологическое вмешательство) деятельность может иметь следующий вектор направленности:

- ✓ определение целей, задач и программы психологического вмешательства с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
- ✓ разработка программы (определение конкретных методов и последовательности их применения) психологического вмешательства в соответствии с нозологическими, синдромальными и индивидуально--психологическими характеристиками пациентов (клиентов) и в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития;
- ✓ проведение психологического вмешательства с использованием индивидуальных, групповых и семейных методов;
- ✓ оценка эффективности психологического вмешательства;
- ✓ консультирование медицинского персонала, работников социальных служб, педагогов, руководителей по вопросам взаимодействия с людьми для создания «терапевтической среды» и оптимального психологического климата;
- ✓ психологическое консультирование населения с целью выявления индивидуально-психологических и социально-психологических факторов риска дезадаптации, первичной и вторичной профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств.

Психотерапия в соматической медицине.

В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства.

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии.

Объектом групповой психотерапии при этом, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента).

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов.

Решающее значение в системе лечения соматических больных приобретает правильное соотношение симптоматической, личностно-ориентированной и социо-ориентированной психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов соматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

Психотерапия в хирургии.

Хирургическая практика помимо оперативных вмешательств включает предоперационную подготовку и послеоперационный период, консервативное или паллиативное лечение и профилактику. На всех этапах психотерапия находит применение, а выбор ее форм и методов зависит от характера и стадии заболевания.

Применение гипноза и внушения в хирургической и других клиниках, связанных с хирургическими вмешательствами (акушерско-гинекологической, оториноларингологической, стоматологической) может использоваться в предоперационном периоде для подготовки пациентов к операции, уменьшения предоперационной тревоги и после операции для уменьшения болевого синдрома, ослабления послеоперационных симптомов, в частности, снятия послеоперационных задержек мочеотделения и дефекации.

Сеансы внушения рекомендуется проводить в светлой комнате, где больной сидит. Продолжительность сеанса 10-30 мин, ежедневно, всего от 2 до 8 сеансов. Одновременно с сеансами гипноза и внушения проводится обучение аутогенной тренировке, помогающей больному уменьшать боли самостоятельно.

Психотерапевтическое вмешательство имеет свои особенности в детской хирургии, поскольку дети обладают ограниченными возможностями самоконтроля, управления эмоциями и поведением. В практике детской хирургии используются лечебное внушение в сочетании с лечебной гимнастикой в гипноидных фазах и «гипноз-отдых», заключающий по времени основные формы гипноза. Гипнотерапия проводится индивидуально или с малой группой (чаще 2-3 ребенка). Курс обычно состоит из 6-15 сеансов продолжительностью от 15 до 30 мин, вначале ежедневно или через день, затем 2 раза в неделю, далее 1 раз в неделю.

Развитие одной из наиболее сложных хирургических дисциплин — кардиохирургии, также поставило перед научной психотерапией ряд

вопросов. В предоперационном периоде у кардиохирургических больных часто возникают невротические реакции, которые негативно влияют на течение заболевания, усложняют работу хирургов и анестезиологов и порой заставляют откладывать проведение необходимой операции. Например, психотравмирующая предоперационная подготовка у больных с ревматическими пороками сердца может приводить к развитию послеоперационных психозов (Ковалев, Шуман и др.). Возникает необходимость в уменьшении эмоционального напряжения, тревоги, страха перед операцией. Условием психопрофилактики и лечения таких осложнений является индивидуальный подход с учетом личностных реакций на предстоящее кардиохирургическое вмешательство, возникающих невротических и неврозоподобных состояний. Выделяется три основных варианта отношения пациентов к операции на сердце: 1) по типу сверхценной значимости ожидаемой операции; 2) по типу доминирования идеи о логической необходимости операции; 3) по типу «амбивалентного» невротического реагирования.

Для выработки активной личностной позиции, обеспечивающей уверенное и спокойное отношение к операции, применяются различные психотерапевтические воздействия:

1) рационально направленная групповая беседа;

2) освоение аутогенной тренировки в группе;

3) индивидуальная помощь в аутотренинге;

4) повторная рациональная индивидуальная беседа в день известия о дне операции;

5) в более сложных случаях — индивидуальная и/или групповая личностно-ориентированная психотерапия;

6) послеоперационная беседа ободряющего и корригирующего характера.

На основании изучения психологического статуса кардиохирургических больных разработана сложная система

психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, использующая методы индивидуальной и групповой психотерапии с целью: 1) дооперационной психологической подготовки больных; 2) психокоррекционных мероприятий в ближайшем послеоперационном периоде; 3) психокоррекции в реабилитационном отделении и 4) психологических воздействий в отдаленном послеоперационном периоде.

Онкология имеет тесные связи с хирургией. Психотерапия в этой области хирургии является наиболее разработанной и по многим показателям может считаться эталонной для других видов патологии. В этиопатогенезе новообразований существенную роль играют психические факторы, поэтому значение психотерапии в комплексе мер по повышению неспецифической сопротивляемости организма признается многими исследователями.

В одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия используется лишь для создания благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться индивидуальные и групповые психотерапевтические беседы с больными; в других случаях широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В период онкопрофилактики может применяться аутогенная тренировка, методы поведенческой психотерапии. В начальный, диагностический период, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В тяжелых случаях при наличии гипнабельности показана гипнотерапия. В период сложных переживаний онкологических больных перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения. В послеоперационный период психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и

дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения, проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше, используются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному.

Знание психического состояния онкологических больных до и после операции, особенностей их «внутренней картины болезни», психологических защитных механизмов, процесса формирования «синдрома изоляции» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентированной групповой психотерапии, как в лечении этих больных, так и в психопрофилактической работе с ними.

Проведение групповой психотерапии обеспечивает взаимную моральную поддержку пациентов, обмен собственным опытом адаптации к своему заболеванию и нахождения альтернативных путей преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных болезнью. Групповая психотерапия даже с безнадежно больными пациентами с метастазами рака может быть эффективным средством, поддерживающим больных и позволяющим им преодолевать стресс путем совершенствования адаптации к эмоциональным расстройствам, сопровождающим заболевание.

К сфере хирургии также может быть отнесена психотерапия при таких психосоматических заболеваниях, как ишемическая болезнь сердца или язвенная болезнь желудка, которые нередко заканчиваются хирургическим вмешательством по поводу стеноза коронарных артерий или прободения язвы желудка.

Как и при других заболеваниях, в хирургической клинике включение психотерапии в систему комплексного лечения больных определяется

правильным соотношением личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, уточнением целей, задач и выбора конкретных психотерапевтических техник и методов с учетом клинических, психофизиологических, психологических и социальных механизмов заболевания на разных его этапах.

Психотерапия у детей и подростков.

Психотерапия периода взросления должна отвечать специфическим потребностям этой жизненной фазы. В частности, оправдали себя следующие принципы (Эйдемиллер, Кулаков, Ремшмидт).

1. *Критерий необходимости проведения психотерапии* при психических расстройствах детского и подросткового возраста — выявление отклонений, угрожающих нормальному возрастному развитию ребенка, и в том случае, когда энергия пациента тратится на преодоление внутренних и внешних конфликтов, а не на выполнение задач развития.

2. Объем и выбор последовательности психотерапевтических вмешательств зависит от степени выраженности симптоматики, наличия внутриличностных и/или межличностных конфликтов, физического состояния пациента, продолжительности нарушений, количественных и качественных отклонений в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах, искажения образа Я, дисфункциональных семейных отношений, мотивации на работу, субъективного отношения к имеющимся нарушениям (эго-синтонное, эго-дистонное), возможности и желания микросоциального окружения к изменениям. В случае сочетания нескольких расстройств у одного пациента следует ранжировать актуальность проблем для него и его семьи.

3. *Индивидуальная и групповая психотерапия у детей и подростков* учитывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание, учет актуальности проблемы для пациента; необходимость тщательной обработки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом

для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта; выбор адекватной формы проведения психотерапии. Определенные психотерапевтические методы должны применяться при определенных типах расстройств. Это означает, что различные психические заболевания у детей и подростков следует лечить с помощью разных методов. Принцип специфичности требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии. Может быть назначена комбинация нескольких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.

4. *Гибкость психотерапевтической тактики.* Клинический психолог не должен действовать по схеме. Следует обсуждать с пациентом то, что его интересует, если этого требует ситуация.

5. *Соответствие возрасту и уровню развития.* Подростки с характерной для них боязнью неудачи тяжело переносят фрустрацию в ходе психотерапии. Она может возникнуть в результате слишком высоких требований врача к вербальным способностям пациента, к его фантазиям, вследствие долгих пауз в разговоре, в результате морализаторских оценок или подавляющего стиля психотерапевта.

6. *Усиление функций Я и осторожность в работе с регрессией.* Важная задача психотерапии детей и подростков — усиление Я пациента. В то же время допускать регрессию поведения необходимо. Следует исходить из целей приспособления к реальности, овладения ею, поэтому нужно избегать затяжных регрессий поведения с сильной актуализацией инфантильных желаний.

7. *Предоставление коррективного эмоционального опыта.* Обсуждая с клиническим психологом обстоятельства своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт.

8. *Сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной.* Преимущество групповой

психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы. С другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с ровесниками. Психотерапия у детей и подростков не может не быть интегративной, так как постоянно идет параллельная психотерапевтическая работа с родителями. Система психотерапии интегрирует не только понятия индивидуальной психологии и системного подхода, но и все то многообразие позиций, которое характерно для каждого из них. Тем самым учитываются психоаналитические и когнитивно-поведенческие представления, достижения структурной, стратегической семейной психотерапии, нарративного подхода. Психодинамические конфликты поддерживаются взаимоотношениями членов семьи, а попытки подростка и его родителей справиться с эмоциональными и поведенческими расстройствами препятствуют успешному разрешению конфликтов.

9. *Подключение семейной психотерапии,* нацеленной на устранение нарушений границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфликтов приводит к снижению частоты рецидивов психических и поведенческих расстройств. Задачей семейной психотерапии у детей и подростков часто служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к «проблемному» пациенту. При формулировании психотерапевтического запроса психотерапевт нередко ограничивается уровнем осознания родителями себя как неэффективных в родительской роли.

10. *Создание наилучших условий для проведения психотерапии.* Это предполагает решение трех вопросов: где проводить лечение (в стационаре или на дому); какой подход (индивидуальный или групповой) использовать; какими должны быть сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная). Эти проблемы всегда следует решать, опираясь на данные об эффективности

отдельных методов и учитывая возможности создания доверительных отношений с ребенком, подростком и семьей.

11. В интегративной психотерапии подростков необходимо выполнить основные задачи: блокирование симптомов нарушенного поведения путем использования комплексных вмешательств; прояснение неосознаваемых конфликтов, являющихся причиной появления симптомов; решение семейных проблем системного характера, связанных с эмоциональными и поведенческими нарушениями у ребенка, а также совершенствование копинг-стратегий.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, чаще всего следует рассматривать всю совокупность возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, предполагая возможность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы:

1. *Основное содержание:* в чем заключается смысловой акцент психотерапии?

2. *Методический подход:* как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?

3. *Организационная форма проведения и интенсивность:* каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?

4. *Согласованность компонентов психотерапии:* как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

Поведенческий (проблемный) анализ считается наиболее важной диагностической процедурой в психотерапии у детей и подростков, особенно с нарушением поведения. Информация должна отражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические

переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывают наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, в ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топографическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование психотерапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существуют несколько схем. Наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это слишком глобальные описания. Необходима более тонкая дифференциация.

2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.

3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.

4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало применимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков.

5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

После проведения функционального анализа надо запланировать этапность применения психотерапевтических приемов и проконтролировать

сроки отмены назначенного временно некоторым пациентам препарата в начальном периоде психотерапии.

Цель любого психотерапевтического вмешательства состоит не в преобразовании внешней ситуации, не в изменении внешнего окружения, других людей или хода событий, а в преобразовании внутреннего восприятия, которое пациент формирует у себя сам, происходящих фактов, их взаимосвязей и всех их возможных значений. Таким образом, психотерапевтическая работа нацелена на приобретение пациентом нового личностного опыта, перестройку своей индивидуальной системы восприятия и представлений.

Игровая (групповая) психотерапия у детей опирается на основные функции детской игры и применяется, в первую очередь, при психотерапии широкого спектра психических расстройств, нарушений поведения и социальной адаптации у детей. Наиболее известное определение игры принадлежит Э. Эриксону: «Игра — это функция Эго, попытка синхронизировать телесные и социальные процессы со своим Я». Игра с ребенком для установления с ним контакта и как способ вовлечения ребенка в аналитическую работу впервые использовалась А. Фрейд. Изучение детской игры путем наблюдения позволило осознать уникальность способа общения ребенка с окружающим его миром.

Игра была положена в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и представляет собой серию межличностных взаимодействий, направленных на следующие цели: отреагирование эмоциональных переживаний, гармонизацию рассогласованных компонентов личности и создание целостной Я-концепции, формирование адекватной самооценки, конфронтацию со своими личностными проблемами, раскрытие своих переживаний и их вербализацию, создание условий для роста и компетентности, получение необходимых коммуникативных навыков, развитие внутреннего источника оценки и обретения веры в себя.

Существуют различные направления игровой психотерапии: недирективная игровая терапия (Экслайн); игровая терапия отреагирования (Леви); игровая терапия построения отношений (Тафтой, Аллен) и др.

Игровое взаимодействие проходит на познавательном, поведенческом и эмоциональном уровнях и осуществляет свое лечебное воздействие через эмоциональную поддержку, обратную связь и игровую активность. В игровой психотерапии распространены следующие правила: нельзя произвольно менять время и место занятий; содержание игр должно соответствовать тем ситуациям, которые бывают в жизни и которые актуальны для пациентов; каждая игра имеет свои правила, понятные ее участникам; формы и цели игры признаются родственниками пациентов.

В процессе игры ребёнок должен чувствовать себя в безопасности и быть принятым — только тогда он приобретает конструктивный опыт взаимодействия с микросоциальным окружением. Игровая психотерапия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах.

Показания: неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивая самооценка, выраженная неуверенность в своих возможностях, сильная застенчивость, скованность в общении, наличие фобий, формирующиеся тревожно-мнительные черты характера, патологические привычные действия (онихофагия, сосание пальца).

Критерии формирования группы: разнообразие личностных радикалов, психологическая совместимость, закрытый характер группы (все начинают и заканчивают курс занятий одновременно), встречи не реже 1 раза в неделю, возрастная и числовая совместимость. В игровой (групповой) психотерапии у детей существуют сходные с взрослыми группами, хотя и своеобразные процессы групповой динамики.

Групповая динамика состоит из трех фаз. 1. Фаза ориентации. Организация группы как целого организма, чтобы дети захотели играть, сняли эмоциональное напряжение. Наиболее критическая ситуация на этом этапе возникает в случае расторможенности детей (например, при

неправильно проведенном подборе группы в нее включено много детей с минимальной мозговой дисфункций). В первой фазе психотерапевт может просто разрешить детям играть. Ребенок должен быть принятым и чувствовать себя в безопасности. 2. Фаза дифференциации (симпатий, активности). Идет кристаллизация групповых ролей. Возможна спонтанная или спровоцированная агрессия на психотерапевта. Наиболее критические ситуации возникают при противостоянии группе одного из участников, выделение двух противоборствующих лидеров. На этом этапе психотерапевт должен перейти от директивной позиции к роли участника группы. 3. Фаза интеграции (зрелая социальная организация). Здесь применимы все игровые приемы, включая клинические ролевые игры для решения проблем участников.

Наблюдение за игрой помогает психотерапевту установить доверительные отношения с ребенком, составить необходимые представления о способностях его к развитию, об эмоциональных конфликтах и стиле общения. Содержание детской игры, степень ее сложности, особенности ее построения, действующие лица, конфликты, беспокойство ребенка, выражение эмоций — все это представляет диагностический «психотерапевтический материал». Выбор тематики игр отражает задачи психотерапевта и интересы ребенка. Сюжеты игр должны носить десенсибилизирующий характер и способствовать реадаптации детей к реальным условиям микросоциума.

Поведение психотерапевта в процессе игровой психотерапии может быть различным в зависимости от его принадлежности к определенной школе. Поведенческие психотерапевты более директивны, тогда как представители детского психоанализа склонны к наблюдательной и интерпретирующей тактике. Предоставление ребенку возможности управлять своей деятельностью, поощрение его за предложения собственных игр, желание поделиться своими переживаниями, недирективность создают

больше условий для проявлений инициативы ребенка и способствуют личностному росту.

Групповая психотерапия подростков — сравнительно молодой и развивающийся метод.

В настоящее время подростки не мотивированы на прохождение долгосрочного варианта психотерапии, продолжающегося 2-3 мес, из-за его длительности, необходимости отрыва от учебы или работы. Выполнение лечебных и психопрофилактических задач с ограничением времени заставило искать новые краткосрочные формы.

Успешность достижения поставленных целей и эффективность краткосрочной психотерапии как отдельного метода определялись следующими условиями.

1. Поведенческие и эмоциональные проблемы существуют недавно.

2. Прежняя социальная адаптация была удовлетворительной.

3. Пациенты на этапе подготовки к группе хорошо раскрывались.

4. Собственная мотивация на работу была высокой.

5. Во время первого интервью сформирована реалистичная и достижимая цель.

В ходе групповой психотерапии практически каждый второй пациент детского и подросткового возраста вносит в качестве своей основной проблемы взаимоотношения с родителями или значимыми взрослыми, поэтому краткосрочная групповая психотерапия может использоваться и как этап семейной психотерапии.

С каждым подростком перед началом занятия проводится подготовительная работа, то есть 1-4 сеанса индивидуальной работы в зависимости от степени выраженности психологических проблем, защитных построений. Выясняется круг трудностей, мотивация на изменения, анализируется реестр и степень выраженности иррациональных установок. Формирование мотивации на участие в группе отражается через выражение «я хочу», а не «хотел бы».

Строгое определение целей психотерапевтического воздействия (почему и для чего?) способствует отбору и построению содержания (что?), организации психотерапевтического процесса (как?). Предгрупповая подготовка стимулирует позитивную постановку целей работы подростка в группе, которые он повторяет на первом занятии.

Для повышения эффективности краткосрочной групповой психотерапии родители перед началом занятий приглашаются на специальное собрание. На нем происходит знакомство их друг с другом, определяются их проблемы с детьми, уточняются цели в воспитании детей, предоставляется информация о лечебных факторах групповой психотерапии, о возрастных этапах развития подростков, о признаках гармоничной семьи, анализируются родительские сомнения и опасения в отношении занятий. У родителей после собрания устраняется установка на уникальность проблемы у их ребенка, они становятся «союзниками психотерапевта». Формируется своеобразная «экосистема» (родитель — психотерапевт — ребенок), усиливающая эффект группового воздействия. Устная информация о групповой психотерапии дублируется в письменном виде, которую родители уносят домой, чтобы еще раз обсудить окончательное решение подростка участвовать в психотерапевтической группе (стимуляция принятия равной ответственности за симптом или поведение).

В модели **интегративной краткосрочной психотерапии позиция психотерапевта —** директивно-обучающая при равном распределении ответственности между участниками группы. Иррациональные установки, внутри- и межличностные конфликты устраняются в процессе наблюдения, проигрывания и анализа экспериментальных ситуаций в группе.

Психотерапевтическая группа служит средством выполнения индивидуальных плановых задач отдельного участника. Свои цели подросток повторяет на первом занятии группы.

Обязателен поиск ресурсов и позитивных сторон личности подростков, расширение временной перспективы. Позитивные техники проходят красной

нитью через все занятия групповой психотерапии. Применяются парадоксальные приемы, используются анекдоты и метафоры. Работа с временной перспективой начинается уже с первого контакта с подростком в виде постановки краткосрочных целей, затем постепенно прорабатываются долгосрочные цели. Постоянное внимание к альтернативным формам поведения также вносит определенный вклад в эту работу.

При проведении занятий по интенсивной модели (6-7 дней по 4 ч ежедневно) можно выделить следующие этапы.

I этап — «ориентация» — включает в себя образование группы как целого, знакомство, снятие уникальности проблемы или симптоматики для каждого участника, проигрывание этюдов на снятие эмоциональных блоков, тренировку выражения эмоций. Одновременно применяются проективные психодраматические игры, нацеленные на сбор «психотерапевтического материала», экскурс в личностную историю, а также использование активного воображения, стимуляция образного мышления («Пустыня» — кто или что ты в пустыне; «Магазин подержанных игрушек» — выбрать игрушку и от ее имени рассказать историю — как она попала в этот магазин, приемы символа драмы — «человек в дороге», «прохождение туннеля»). Этому этапу уделяется 1-2 дня.

II этап — «уточнение целей и перераспределение ответственности» — занимает минимум времени, если участники группы прошли серьезную подготовку к групповой работе. В этот период возможна агрессия подростков на психотерапевта. Она искусственно не стимулируется, но и не пресекается. Сплочению способствует общность целей, создание положительной атмосферы в группе. Применяются социографические игры и техники, используются метафоры, приемы шкалирования. Например, опрашивается каждый подросток, какой процент ответственности за решение проблемы он возьмет на себя, а что оставит группе или психотерапевту. Здесь может произойти переформулирование цели, так как во время I этапа подросток

может «открыть» ранее не известную ему проблему и хотел бы поработать над ней, а не над той, которую заявил на первом занятии.

III этап — «решение индивидуальных проблем» участниками группы. Используются клинические ролевые игры с акцентом на смену ролей (очень важно для преодоления максимализма подростков), техники гештальт-терапии (игра в проекции, реверс ролевого поведения, «горячий стул», «рондо»), широко применяются парадоксальные игры и техники. В случае сильного напряжения и для эмоционального отреагирования после взволновавшей всех психодрамы или темы полезно подключение медитативных приемов и рисование на заданную тему. Выбор упражнений зависит от превалирования нарушений в той или иной сфере личности (эмоциональной, поведенческой, когнитивной, сфере воображения), определяется также интеллектуальными возможностями подростков. Для подростков актуален динамизм и действие. В отличие от групп со взрослыми участниками такие приемы, как молчание, а также задавание стратегических вопросов не способствуют сплочению, а нередко, наоборот, вызывают недоверие к ведущему группы.

Групповая психотерапия подростков с пограничными психическими расстройствами интегрировала приемы гештальт-терапии, клинических ролевых игр, когнитивно-поведенческой психотерапии. Арттерапевтические техники также активно включаются в групповую психотерапию. Наиболее часто используются проективные рисунки: метафорический автопортрет, «Я» как сообщество, разговор двух «животных» и др. Психотерапевтическая группа является средством расширения возможностей подростка в навыках адаптации. Гештальт-эксперименты позволяют завершить «незаконченные дела» в отношениях, клинические ролевые игры со сменой ролей — побыть на месте «значимого Другого», когнитивно-поведенческие приемы — изменить дисфункциональное мышление и апробировать новые способы поведения.

В ситуациях напряжения группу иногда целесообразно разбивать по 2 или 3 подростка, где пациентам легче поделиться своими чувствами или рассказать о сложном событии. Впоследствии с уменьшением защитных построений они набираются смелости решать проблему в большом «круге».

IV этап — подведение итогов. Оценка эффективности работы психотерапевтической группы. При подведении итогов следует сосредоточить внимание на следующих моментах: что дала психотерапевтическая группа каждому участнику, что было сложным, что получилось, какие были желания у подростков в отношении дальнейших шагов. Их необходимо учитывать при планировании следующих этапов работы.

После окончания работы группы проводится повторная встреча с родителями для подведения итогов, исследования возможностей дальнейшей работы со всеми членами семьи в целях семейной реадаптации. При желании родителей они включаются в тренинг родительской компетентности, группу личностного роста, семейную психотерапию. В семьях детей и подростков, где родители параллельно с детьми получили тот или иной вид психотерапевтической помощи, быстрее налаживаются партнерские отношения.

Психотерапия в геронтологии.

Современная геронтологическая практика требует комплекса психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее. При разработке психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориентация мер вмешательства

(медицинские, психологические, социальные, экологические и др.). Специфичным в построении психотерапевтических программ является принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как невостребованные функции угасают. При этом необходимо внимательно следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. Психотерапия должна включать как общепсихотерапевтические подходы, так и специальные методы психотерапии. К первым относятся: создание терапевтической среды, атмосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом, выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окружению в палате, повышение психической и социальной активности. Вся обстановка организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни будничным функциям и навыкам, на восстановление способности к решающему поведению пациента в рамках его возможностей. К организации среды некоторые авторы относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувствительность: визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена настенных украшений), акустические (музыкальные программы, самодеятельность), меры, направленные на оживление обоняния и вкуса. Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применяются также групповые психотерапевтические методы. Целью групповой психотерапии лиц пожилого возраста являются привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление

независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Используются различные групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная терапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др.

Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторичной психопрофилактики с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами.

Психотерапия в психиатрии.

Психотерапия при неврозах. Само же содержание психотерапии при неврозах, ее цели и задачи различны и определяются той концепцией, которой придерживается клинический психолог.

Основная цель психотерапии при лечении неврозов с позиций личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии — изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является осознание больным причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием.

Традиционно личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейно-супружеской и групповой.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия включает 40-60 встреч с пациентом, может проводиться в амбулаторных (психотерапевтический кабинет) и стационарных (психотерапевтическое отделение) условиях.

При психотерапии неврозов сохраняют свое значение и современные модели краткосрочной динамической (психоаналитической) психотерапии. Краткосрочные модели динамической психотерапии предполагают сфокусированное воздействие на зоны внутренних противоречий (интрапсихического конфликта) с применением принятых в психоаналитической практике основных элементов психотерапевтической работы: получение материала — выделение конфликтной зоны — обозначение — интерпретация.

Поведенческие методы, включенные в систему личностно-ориентированной психотерапии, весьма результативны при лечении прежде всего обсессивно-фобических расстройств, в особенности изолированных невротических монофобий. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных неврозом навязчивых состояний даже при затяжном неблагоприятном его течении.

Некоторые клинические аспекты когнитивно-поведенческого подхода к

С учетом роли семейных конфликтов в этиопатогенезе и течении неврозов в качестве одной из специфических форм психотерапии в их комплексном лечении применяется семейная психотерапия (Эйдемиллер, Юстицкис). Она направлена на исследование межличностных отношений и имеет своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье или их компенсацию. В процессе психотерапии каждый конфликт анализируется с учетом истории семьи, ее прошлого опыта, психологических особенностей ее членов и пр.

Метод аутогенной тренировки наиболее показан при неврастении (общеневротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические синдромы — при более высокой эффективности и случае преобладания симпатического тонуса, нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии, в особенности при сочетании

аутогенной тренировки с условно-рефлекторными методами, сексуальные нарушения и т. д.). В меньшей степени этот метод показан больным с выраженными астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами и с истерическим неврозом. Хорошие терапевтические результаты применения аутогенной тренировки отмечены в амбулаторной практике (стабилизация ремиссий и предупреждение рецидивов неврозов).

Психотерапия при шизофрении. Существенные отличия психотерапии невротических и других пограничных расстройств от психотерапии шизофрении касаются целой системы факторов, отличающих психотическое состояние от невротического, к которым относятся отсутствие возможности адекватно воспринимать и реагировать на стимулы внешней среды; границы между миром субъективных переживаний и объективной реальностью; способности воздействовать на реальность, исходя из актуальных потребностей и перспективных целей; к переживанию и накоплению индивидуального опыта; отсутствие эффективных и социально приемлемых способов переработки отрицательных эмоций; негибкая самооценка.

С учетом этих отличий психотерапия при шизофрении, в первую очередь, должна быть направлена на снижение сенситивности больного по отношению ко многим стимулам и снижение уровня стресса в окружающей пациента среде. В качестве терапевтических целей могут рассматриваться: 1) предупреждение обострения болезни; 2) редукция позитивной симптоматики; 3) компенсация дефекта.

Предупреждение обострений предполагает уменьшение резкого нарушения церебральных функций. В первую очередь — снижение значительных социальных последствий для пациента, которые обусловлены не только нарушением психических функций и социального функционирования в наиболее важных сферах, но и явлений стигматизации, негативного выделения пациента в обществе с последующим стереотипом социального реагирования на него.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма, который нередко наблюдается в современных реабилитационных отделениях для психически больных.

При реализации одной из основных задач психотерапевтического вмешательства — достижения и стабилизации ремиссии — психотерапевтическая работа клинического психолога (совместно с врачом) должна быть направлена на решение следующих терапевтических целей: формирование и поддержание лекарственного комплаенса (готовность пациента участвовать в психофармакологическом лечении); работа с семьей для редукции стресса, связанного с фактом заболевания и его проявлениями, создание позитивной терапевтической перспективы; формирование позитивной установки пациента и родственников на участие в психотерапии и реабилитационных мероприятиях.

Важным элементом психотерапевтической программы в лечении больных шизофренией является применение методов семейной психотерапии, которая предполагает выработку позитивного подхода и достижение рабочих отношений между психотерапевтом и членами семьи, обеспечение устойчивой структуры и стабильности функционирования семьи, улучшения коммуникации между членами семьи. Наиболее эффективными в работе с такими семьями являются методы когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Психологическим консультированием называется особая область практической психологии, связанная с оказанием со стороны клинического психолога непосредственной психологической помощи людям, которые нуждаются в ней. Помощь предоставляется клиническим психологом клиенту на основе личной беседы и предварительного изучения той проблемы, с которой в жизни столкнулся клиент.

Психологическое консультирование отличается от других видов оказания практической психологической помощи людям следующими основными особенностями. В отличие, например, от индивидуальной и групповой психотерапии оно предполагает относительно кратковременный период и эпизодический характер личных контактов психолога-консультанта с клиентом. В психотерапии (в отличие от практики психологического консультирования) активную роль в избавлении клиента от психологических проблем играет психолог. Именно он предпринимает активные действия, направленные на решение проблемы клиента, а сам клиент играет в основном пассивную роль, то есть просто воспринимает воздействия психотерапевта и реагирует на них. В психологическом консультировании дело обстоит иначе: здесь психолог-консультант в основном только дает советы клиенту, а их практическая реализация становится делом самого клиента, активную роль он сохраняет за собой. Основная психокоррекционная работа, связанная с практикой психологического консультирования, чаще всего проводится самим клиентом в отсутствие психолога, без прямого или постоянного взаимодействия с ним.

В психологическом консультировании психодиагностика в начале работы с клиентом должна быть сведена к минимуму и в основном должна опираться на результаты непосредственного наблюдения консультанта за поведением клиента, когда консультант общается с ним в психологической консультации. Психодиагностика включает в себя анализ и обобщение

данных, непосредственно получаемых от клиента без применения специальных психологических тестов.

Таким образом, психологическое консультирование – это сложившаяся практика оказания действенной психологической помощи людям, основанная на убежденности в том, что каждый физически и психически здоровый человек в состоянии справиться почти со всеми возникающими в его жизни психологическими проблемами. Клиент, однако, далеко не всегда определенно и точно знает заранее, в чем состоит суть его проблемы и как ее лучше всего решать, опираясь на собственные силы и возможности. В этом ему и должен оказать помощь профессионально подготовленный психолог-консультант. Это и есть основная задача психологического консультирования.

Психологическое консультирование проводится в заранее оговоренные часы, в специально оборудованном для этого помещении, как правило, изолированном от посторонних людей, и в конфиденциальной обстановке. Во время консультации оценивается личность клиента, и с учетом его индивидуальных особенностей.

Во время консультации клинический психолог обычно применяет специальные приемы и методы работы с клиентом и воздействия на него, рассчитанные на то, чтобы за сравнительно короткий срок (время проведения консультации) найти и точно сформулировать способ практического решения проблемы клиента, причем сделать это таким образом, чтобы данное решение было понятно и доступно для реализации клиенту.

Количество встреч психолога-консультанта с клиентом чаще всего не ограничивается одной-двумя. В большинстве случаев требуется более длительное консультирование, включающее в себя от трех и более встреч с клиентом. Необходимость в таком пролонгированном консультировании возникает в следующих типичных случаях:

- Проблема клиента настолько сложна, что разобраться в ней за один-два сеанса практически невозможно.

- У клиента имеется не одна, а несколько разных проблем, решение каждой из которых требует отдельной консультации.
- Предлагаемое решение проблемы не может быть сразу и полностью самостоятельно реализовано клиентом и требует дополнительной поддержки со стороны консультанта.

Консультирование как основной вид психологической практики решает следующие основные задачи:

1. Уточнение (прояснение) проблемы, с которой столкнулся клиент.
2. Информирование клиента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности. (Проблемное информирование клиента.)
3. Изучение психологом-консультантом личности клиента с целью выяснения того, сможет ли клиент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой.
4. Четкое формулирование советов и рекомендаций клиенту по поводу того, как наилучшим образом решить его проблему.
5. Оказание текущей помощи клиенту в виде дополнительных практических советов, предлагаемых в то время, когда он уже приступил к решению своей проблемы.
6. Обучение клиента тому, как лучше всего предупредить возникновение в будущем аналогичных проблем (задача психопрофилактики).
7. Передача психологом-консультантом клиенту элементарных, жизненно необходимых психологических знаний и умений, освоение и правильное употребление которых возможно самим клиентом без специальной психологической подготовки. (Психолого-просветительское информирование клиента.)

Виды психологического консультирования

Поскольку в психологическом консультировании нуждаются разные люди и за помощью они обращаются по различным поводам, психологическое консультирование можно разделить на виды в зависимости

от индивидуальных особенностей клиентов и тех проблем, по поводу которых они обращаются в психологическую консультацию.

Прежде всего, выделим так называемое *интимно-личностное* психологическое консультирование, необходимость в котором возникает довольно часто и у многих людей. К этому виду можно отнести консультирование по таким вопросам, которые глубоко затрагивают человека как личность, вызывают у него сильные переживания, обычно тщательно скрываемые от окружающих людей. Это, например, такие проблемы, как психологические или поведенческие недостатки, от которых человек во что бы то ни стало хотел бы избавиться, проблемы, связанные с его личными взаимоотношениями со значимыми людьми, различные страхи, неудачи, психогенные заболевания, не требующие вмешательства врача, и многое другое.

Следующий по значимости и частоте встречаемости в жизни вид психологического консультирования – *семейное* консультирование. К нему можно отнести консультирование по вопросам, возникающим у человека в собственной семье или в семьях других, близких для него людей. Это, в частности, выбор будущего супруга (супруги), оптимальное построение и регулирование взаимоотношений в семье, предупреждение и разрешение конфликтов во внутрисемейных взаимоотношениях, отношения мужа или жены с родственниками, поведение супругов в момент развода и после него, решение текущих внутрисемейных проблем. К последним относится, например, решение вопросов распределения обязанностей между членами семьи, экономики семьи и ряда других.

Третий вид консультирования – *деловое* консультирование. Оно, в свою очередь, имеет столько разновидностей, сколько существует разнообразных дел и видов деятельности у людей. В целом же деловым называется такое консультирование, которое связано с решением людьми деловых проблем. Сюда, к примеру, можно отнести вопросы выбора профессии, совершенствования и развития у человека способностей,

организации его труда, повышения работоспособности, ведения деловых переговоров и т.п.

Каждый из перечисленных видов психологического консультирования в чем-то сходен с другими, например в том, что одинаковые по своей психологической трактовке проблемы могут возникать в разных видах деятельности и в различных ситуациях.

ОБРАЗЕЦ

Протокол сессии психологического консультирования

Текст клинического психолога	Текст клиента	Наименование применяемых техник и этапов	Рефлексия клинического психолога

ШАБЛОН ДЛЯ РАБОТЫ С КЛИЕНТОМ.

При помощи этого шаблона можно легко структурировать свои размышления о текущей или завершенной работе с клиентом. Шаблон поможет представить случай на супервизию или интервизию, да и просто поддержит терапевта в размышлениях о клиенте. Если терапевт ведет записи (а он должен их вести) то шаблон может быть использован в качестве основы.
Шаблон написан в шуточной форме: не по причине неуважения к человеческому страданию, а лишь для смягчения канцелярского стиля.

Инфо: ФИО, возраст, семейный и социальный статус, особая информация (космонавт на пенсии, беженец, имеет психиатрический (соматический) диагноз: какой, история течения заболевания, наблюдается ли...), которая может быть важна.

Предистория и История: что исторически привело к вам клиента? Все было хорошо и вдруг стала мучать бессонница. Или всегда все было плохо, и друг посоветовал обратиться.

Жалоба: с чем конкретно пришел клиент. Растерян, не знает, с чего начать. Депрессия. Одиночество: плохой сон, нет аппетита

Запрос: С чем конкретно договорились работать?...

Процессанализ: С чего начали, к чему, как и через что пришли? Исследовали ее, обнаружили недовольство собой. Исследовали недовольство, обнаружили нарциссическую травму. Проработали нарциссическую травму, вернулись назад. Работали с жалобой. Сформировали запрос «понять, как возникла такая потребность». Работали со слиянем (не знаю, почему, но хочу). Работали с телом (что я чувствую, когда говорю, что хочу, др), с (не)доверием терапевту (Все терапевты работают за деньги, а так — им на нас наплевать), вышли на недоверие и обслуживающее его дистанцирование. Изучали способы дистанцирования клиента при помощи обесценивания и негативного проецирования. Когда клент-терапевтический контакт наладился, стало возможно вспомнить раннюю травму. Переживали травму, ассимилировали полученный опыт. (...) Затем

смотрели, что стоит за желанием. Принимали свои ограничения, дефекты, неидеальности.

Завершение терапии: что клиент сказал о том, как изменилась его жизнь. Что сказали тесты. Например, сам он говорит, что стал лучше спать, появился аппетит, вернулась привязанность к родным. Появились другие желания. (…) Что говорят тесты: депрессия уменьшилась на 38%, тревога на 60% . Тест на созависимость: показатель ниже на 20%. Принято решение о перерыве в терапии до возникновения такой потребности. Назначена контрольная встреча через год с контрольным тестированием по указанным тестам.

АЛГОРИТМ СУПЕРВИЗИРОВАНИЯ СЕССИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

1. Описание клиническим психологом состояния до начала сессии консультирования, во время сессии и после ее окончания.
2. Творческий анализ сессии консультирования
3. Анализ неудачных моментов в работе клинического психолога и их последствия. Описание альтернативных вариантов.
4. Анализ логики работы над запросом клиента.
5. Анализ этапов консультирования.
6. Анализ работы клинического психолога на выработке и проверка собственных гипотез.

ПСИХОЛОГО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Психологическое просвещение – основной способ и одновременно одна из активных форм реализации задач психопрофилактической работы в деятельности клинического психолога.

Психологическое просвещение – раздел профилактической деятельности специалиста-клинического психолога, направленный на формирование у населения положительных установок к психологической помощи и расширение кругозора в области психологического знания. Психологическое просвещение — это направление практико-ориентированной психологии, целью которого является передача и распространение психологических знаний. Психологическое просвещение зачастую рассматривают как первичная форма приобщения людей к психологическому познанию. Психологическое просвещение имеет различные формы, типы и способы своей реализации.

Психологическое просвещение выполняет следующие задачи:

- ❖ формирование научных установок и представлений о психологической науке и практической психологии (психологизация социума);
- ❖ информирование населения по вопросам психологического знания;
- ❖ формирование устойчивой потребности в применении и использовании психологических знаний в целях эффективной социализации и в целях собственного развития.

С точки зрения подхода к психологическому просвещению как психологической практике имеет смысл остановиться на таких типах психологического просвещения, которые обусловлены, с одной стороны, степенью количественного охвата населения, с другой — степенью технической опосредованности этой деятельности.

Психологическое просвещение может осуществляться как в форме массовых акций, так и в форме непосредственных контактов.

К средствам психологического просвещения относятся:

- вербальные (беседа, лекция, тематический КВН, выступление по радио, на телевидении),
- публицистика (печатные и электронные СМИ),
- наглядные (плакат, буклет, памятка),
- интерактивные (размещение тематической информации на web-сайтах и т. п.).

В рамках деятельности клинического психолога психолого-просветительская деятельность может иметь следующий вектор направленности:

- стимулирование интереса к психологическим знаниям;
- распространение информации о роли психологических факторов в поддержании и сохранении психического и физического здоровья;
- формирование установок, направленных на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром;
- подготовка и презентация программ здоровья для общественных и государственных организаций (программы профилактики курения, программы для родителей, просветительские программы о психологических услугах в области здоровья);
- подготовка и презентация программ раннего психологического вмешательства для групп риска (профилактика наркозависимости, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа);
- подготовка, презентация, координация и оценка обучающих психологических программ, семинаров и мастер-классов для различных групп (для персонала в профилактических и лечебных учреждениях, в коммерческих организациях, для медицинских работников);
- проведение экспертизы и оказание консультативных психологических услуг федеральным, региональным органам и советам

(органам здравоохранения, правоохранительным органам) и другим организациям, участвующим в общественной жизни;

- распространение психологических знаний и повышение их ценности в массовом сознании с помощью средств массовой информации (СМИ) (интервью и статьи в прессе, выступления по радио и телевидению);

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В рамках деятельности клинического психолога научно-исследовательская деятельность предполагает следующий характер направленности:

- реализация основных процедур теоретического анализа проблем, связанных с дезадаптацией человека, с функционированием людей с ограниченными возможностями, с расстройствами психики при различных заболеваниях;
- обзор и анализ существующей психологической литературы по вопросам методологии психодиагностической, консультативной и психотерапевтической деятельности;
- формулирование конкретных гипотез, целей и задач психологических исследований, выбор методов исследования, соответствующих поставленной проблеме;
- планирование научного исследования; разработка дизайна исследования, оценка его соответствия современным требованиям, целям исследования и этико- деонтологическим нормам;
- разработка новых и адаптация существующих методов психологического исследования (в том числе, с использованием новых информационных технологий);
- самостоятельное проведение исследования;
- выбор и применение номотетических и идеографических методов
- обработки и анализа психологических данных, моделей интерпретации полученных результатов, подготовка заключений и рекомендаций;
- проведение научной экспертизы (экспертная оценка актуальных и потенциальных исследовательских проектов), письменное, устное и виртуальное (размещение в информационных сетях) представление материалов собственных исследований;

- организация и участие в научных и профессиональных собраниях и конференциях;
- психодиагностическая деятельность (применение на практике психологических и связанных с ними методов, концепций, теорий, моделей и знаний): эффективное взаимодействие с пациентом (или клиентом), медицинским персоналом и заказчиком услуг с учетом клинико-психологических, социально-психологических и этико-деонтологических аспектов взаимодействия;
- выявление и анализ информации о потребностях пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) с помощью интервью, анамнестического (биографического) метода и других клинико-психологических методов;
- определение целей, задач и программы (выбор методов и последовательности их применения) психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
- диагностика психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, конфликтов, способов адаптации, личностных ресурсов, межличностных отношений и других психологических феноменов с использованием соответствующих методов клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования;
- составление развернутого структурированного психологического заключения и рекомендаций с учетом современных представлений о системном характере психики человека в норме и патологии;
- предоставление обратной связи: обеспечение пациента (клиента), медицинского персонала и других заказчиков услуг информацией о результатах диагностики с учетом потребностей и индивидуальных особенностей пользователя психологического заключения;

ОРГАНИЗАЦИОННО – УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Организационно-управленческая деятельность в период практики предполагает решение следующих задач:

- решение управленческих задач в условиях реально действующих клинико-психологических структур в соответствии с организационно-правовыми основами профессиональной деятельности;
- руководство стажерами и соискателями в процессе их практической и научно-практической деятельности в области клинической психологии;
- реализация интерактивных методов, клинико-психологических технологий, ориентированных на охрану здоровья индивидов и групп;
- координация взаимодействия с психологами, специалистами здравоохранения, представителями других сфер деятельности, а также с руководителями, персоналом различных организаций;
- создание, пропаганда и активное содействие соблюдению профессионально-этических стандартов для организаций и частных лиц, работающих в области психологических услуг;
- организация деятельности ведомственных психологических служб и их структурных подразделений (Минобрнауки, Минздравсоцразвития, правоохранительных органов и других организаций);

Характер взаимодействия выделенных задач, образует два уровня работы клинического психолога - уровень понимания явления и уровень управления им, что определяется, прежде всего особым характером предметной сферы его практической деятельности. В большинстве случаев задачей клинического психолога является не только различение психологического явления в обыденной жизни, но и определение соответствия его состояния известным нормам по основным критериям, поиск и применение адекватных способов и средств психологического воздействия на него. Все это предполагает сочетание в деятельности психолога исследовательских и управляющих процедур.

При этом эффективность научно-исследовательской деятельности обусловлена способностью психолога самостоятельно осуществлять задачу поиска проблемы и построения ориентиров своей деятельности. Владея определенной технологией, ориентируясь на норму, он одновременно обязан видеть и уникальность каждого отдельного случая. В процессе психологического управления объектом клинический психолог должен учитывать системность психологических явлений и процессов, имеющих место в конкретной организации, учреждении. Работая с отдельным человеком, ориентироваться как на его индивидуально - психологические особенности, так и на те условия микросоциальной среды, в которых осуществляется жизнедеятельность данного человека.

На каждом из уровней (понимания и управления объектом) выделяются задачи, отличающиеся особенным предметным содержанием и требующие специфических методологических и практико-методических средств, профессиональной компетентности и культуры.

Уровень понимания.

На этом уровне решаются следующие задачи теоретико-исследовательского содержания:

1.*Фиксация существования* социально-психологического явления. Содержание деятельности клинического психолога - увидеть явление, заметить его, различить в психологически нерасчлененной для непрофессионала обыденной жизни. Если явление выступило как очевидная проблема, то содержание деятельности психолога-практика - это принятие данной проблемы в качестве задачи своей психологической работы со всеми вытекающими профессиональными, в том числе и этическими последствиями.

2. *Описание явления.* Содержание - дать развернутую характеристику как на языке обыденного общения, понятного непрофессионалу, так и с помощью категорий психологического языка, выделяющего тонкие детали, особенности и уже известные закономерности.

3. *Исследование,* т.е. целенаправленное наблюдение явления, его анализ, экспертиза, обобщение полученной достоверной социально-психологической информации.

4. *Объяснение*- интерпретация исследовательских данных, построение концептуальных моделей, позволяющих объяснить механизмы явления: его структуру, факторы возникновения и динамики, зависимости между различными параметрами-характеристиками, показатели и критерии оптимального или нормативного состояния социально-психологических характеристик. Объяснение фактически представляет собой обоснованное описание.

5. *Прогнозирование*- построение психологом динамических моделей перспективного состояния объекта (группы или отдельного человека), его деятельности и взаимоотношений при тех или иных условиях управления им.

6. *Практико-методические рекомендации* - система обоснованных предложений организационно-управленческого характера для специалистов - профессионалов, имеющих отношение к организационной системе в связи с решаемой проблемой: для администрации, должностных лиц, других специалистов (медиков, педагогов, социальных работников и др.).

Уровень управления. Этот уровень психологической работы предполагает практическое воздействие на параметры группы и характеристики отдельного человека (процессы, качества, свойства и состояния), предполагающее:

1. *Учет результатов понимания в управляющем воздействии* - в процессе общения с руководителями и членами коллективов, семьи и т.п., в построении коррекционно-формирующих программ, в процессе психологического консультирования и т.д.

2. *Коррекция развития*- система компетентных профессиональных действий организационно-управленческого, психолого-педагогического, психотерапевтического плана, осуществляемых как самим клиническим

психологом, так и другими лицами по его рекомендациям по отношению к отклонениям в поведении отдельных людей или групп.

3. *Направленное формирование*- устранение отклонения от нормы, понимаемого как известный дефицит значимых знаний, умений, навыков, мотивации и личностно-групповых свойств, необходимых для успешного осуществления социальных функций, выполнения профессиональных задач. Формами работы могут быть, например, социально-психологический тренинг общения и пр.

4. *Содействие саморазвитию.* Жизнь любого коллектива предполагает его саморазвитие, самостоятельное преодоление возникающих проблем. Роль клинического психолога состоит прежде всего в квалифицированном психологическом консультировании руководителя и отдельных людей в случаях их обращения за советом, помощью, а также текущем психологическом просвещении и образовании членов коллектива.

При этом психологическое управление может быть как прямым, включающим специальные психологические методы воздействия на личность, коллектив, которые применяет профессиональный психолог, так и косвенным,осуществляемым совместными усилиями различных должностных лиц через изменение условий жизнедеятельности, направленным отбором и подбором персонала, через изменение технологии и режима деятельности, изменение организационных форм и т.д.

ПРОЕКТНО – ИННОВАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В рамках проектно – инновационной деятельности во время прохождения практики студент должен быть ориентирован на решение следующих задач:

- ✓ методическая и профессиональная готовность к работе над междисциплинарными проектами;
- ✓ выбор и применение клинико-психологических технологий, позволяющих осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики;
- ✓ проведение клинико-психологических исследований в различных областях клинической психологии;
- ✓ психологическое сопровождение инноваций, нацеленных на повышение качества жизни и психологического благополучия и здоровья людей.

ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В рамках выполнения экспертной деятельности во время прохождения практики студент должен быть ориентирован на решение следующих задач:

- ✓ постановка целей и задач психологического исследования в рамках различных видов экспертизы совместно с заказчиком;
- ✓ выбор методов психологического исследования, адекватных задачам конкретного вида экспертизы;
- ✓ проведение психологического исследования в рамках судебной военной, медико – социальной и медико-педагогической экспертизы;
- ✓ составление экспертного психологического заключения;
- ✓ предоставление обратной связи: обеспечение заказчика информацией о результатах экспертного психологического исследования;

Среди задач, решаемых клиническим психологом в здравоохранении, одной из основных является участие его в проведении различных видов экспертиз. В этой работе клинический психолог является одним из субъектов совместной деятельности со специалистами других профилей.

Основным содержанием экспертного психологического заключения является не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности испытуемого, результаты которого и должны соотноситься с особенностями психологической структуры деятельности, по отношению к которой проводится экспертиза.

Участие клинического психолога во врачебно-трудовой экспертизе. При врачебно-трудовой экспертизе наиболее важным аспектом деятельности клинического психолога является получение объективных данных для функционального диагноза, составляющего основу экспертного заключения. Значение последнего трудно переоценить. От него зависит не только характер трудовой деятельности, но во многом и будущий жизненный путь больного, поскольку правильное определение профессиональных возможностей и рациональное трудоустройство (как и адекватно ориентированное профессиональное обучение) являются существенными факторами клинического и социального восстановления. Как и в других случаях функциональной диагностики, психолог в своем заключении обращает внимание не только на пораженные, но и на сохранные функции с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной трудовой деятельности. Психофизиологическая оценка характера предстоящей деятельности здесь также имеет большое значение. Важную роль играет оценка выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия. Особое место занимает изучение социально-трудовых установок больного, индивидуальных склонностей. Необходим, с одной стороны, учет отношения больного к своему заболеванию, субъективная оценка им степени своих трудовых возможностей, с другой — отношения больного к известным ему профессиям, его личной социально-трудовой направленности и возможностей ее коррекции. Взаимопроникновение различных отраслей знания и необходимость комплексного решения почти любого вопроса как медицинской, так и

психологической трудовой экспертизы хорошо иллюстрируется на примере медико-психологической профориентации и профконсультации подростков. Они тесно связаны с педиатрией и школьной гигиеной. Для школьных врачей важнейшим является учет состояния здоровья школьников и изучение их способностей к труду. Для школьного психолога главной является система комплексной профконсультационной работы с подростками. Конечно, вопросы профконсультации не могут решаться без совместной работы с врачами и педагогами. Поскольку основными принципами врачебно-трудовой экспертизы, полностью относящимися и к медико-психологической экспертизе, являются профилактическая направленность и установка на социально-трудовую реабилитацию больных, деятельность клинического психолога, участвующего в проведении врачебно-трудовой экспертизы, обоснованно приобретают психогигиеническую и психопрофилактическую направленность.

Заключение психолога, участвующего в экспертизе трудоспособности, должно содержать данные о нарушенных и сохранных функциях, с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной степени в условиях выполнения прежней работы (с определенными профрекомендациями или при переобучении).

Военно-врачебная экспертиза. Роль военно-врачебной экспертизы в целом и участия в ее проведении клинического психолога в современных условиях значительно возрастает. Многосторонний кризис веры, изменение общественного сознания значительной части населения, перемена отношения к армии в связи с распространением «неуставных» отношений — привели к резкому увеличению числа лиц, пытающихся уклониться от военной службы. Ухудшение здоровья населения является причиной существенного уменьшения числа потенциальных призывников, которые, пройдя военно-врачебную комиссию, могут быть направлены для несения военной службы (без опасения возврата по состоянию здоровья). Поэтому необходимо качественное проведение военно-врачебной экспертизы, что практически

невозможно без участия клинического психолога. Круг задач, решаемых клиническим психологом при военно-врачебной экспертизе, в основном соответствует тому при обычной психиатрической диагностике. Результаты психологического исследования используются для установления или, напротив, исключения прежде всего психических заболеваний, наличие которых несовместимо с военной службой. Часто это дифференциальная диагностика между нераспознанными до экспертизы олигофренией (F70-F79) и внешне сходными состояниями, обусловленными неблагоприятными прижизненными влияниями: низким культурным уровнем семьи, в которой воспитывался освидетельствуемый, педагогической запущенностью и др. Трудными в экспертном плане могут быть случаи несвоевременной диагностики психопатий и патологических развитий личности (F60-F69), современных неврозо- и психопатоподобных форм шизофрении (F21) и ларвированных форм других нервно-психических заболеваний.

Военно-врачебная экспертиза, как правило, производится в условиях психиатрического учреждения, и работа клинического психолога существенно не отличается в этих случаях от той, которая выполняется им обычно в процессе психиатрической диагностики. Два обстоятельства придают своеобразие психологическому исследованию при проведении этого вида экспертизы. Одно из них связано с нередкой заинтересованностью испытуемого в содержании экспертного решения и возможностью установочного поведения с тенденцией к аггравации или диссимуляции. При этом оказывается необходимым выявление структуры, характера и степени действительных нарушений, маскируемых притворным поведением. С другой стороны, сама экспертная ситуация, как и предшествовавшие ей события жизни, неизбежно вызывают особое эмоциональное состояние, требующее учета при проведении исследования и интерпретации его результатов. Последнее обстоятельство вызывает необходимость соотнесения обнаруживаемых особенностей психики с характером

содеянного (если оно относится к периоду прохождения военной службы), с особенностями психологической структуры той деятельности (действия), в отношении которой проводится экспертиза. Здесь требуется экспериментально-психологический анализ различных сторон психической деятельности, которые могут не играть диагностической роли и не иметь никакого значения для терапевтических решений, а клинико-психологический метод может быть недостаточно адекватным инструментом исследования.

Медико-педагогическая экспертиза.Участие клинического психолога в проведении медико-педагогической экспертизы тесно связано с кругом вопросов, решаемых им в детских и подростковых учреждениях психиатрического профиля. Как и при проведении других видов экспертизы, большое значение имеет дифференциальная диагностика. Важность этой работы клинического психолога определяется тем, что в зависимости от его заключения определенным образом строится прогноз обучаемости ребенка, а следовательно, выбор путей общеобразовательного и трудового обучения. Клинический психолог при проведении медико-педагогической экспертизы рассматривает следующие вопросы: причины неуспеваемости ребенка (отставание психического развития (F84.9) — олигофрения (F70-F79), астенизация вследствие перенесенных соматических заболеваний, своевременно нераспознанные процессуальные психические заболевания, педагогическая запущенность и т. д.). Важнейшим является вопрос о степени и структуре психического снижения при выявлении дизонтогенеза, ответ на который позволяет указать на потенциальные возможности ребенка, соответствие этих возможностей требованиям массовой школы или целесообразности направления его в санаторную, вспомогательную школу, специализированное училище.

При проведении медико-педагогической экспертизы психологическое заключение содействует патогенетической и дифференциальной диагностике задержек умственного развития (F84.9) и эмоционально-поведенческих

расстройств (F92), а также определению направленности лечебно-реабилитационных мероприятий, их соотношения с собственно педагогическими мерами. Общей задачей при этом является не только восстановление или улучшение отдельных психических функций, но и коррекция нарушенного развития ребенка или подростка в целом.

Литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф.Александер / Пер. с англ. С.Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352с.
2. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304с.
3. Антропов Ю.Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер - М.: Медпрактика-М, 2005. – 444с.
4. Бекоева Д.Д. Практическая психология: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению «Психология» и психологическим специальностям / Д.Д. Бекоева - М.: издат. Центр «Академия», 2009.
5. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976. Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.
6. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад // Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376с.
7. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина : пер. с нем. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
8. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. – СПб.: Академия, 2004. – 730 с.
9. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова; науч. Ред. Л. И. Вассерман. Стб. : речь, 2011. 271 с
10. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы личности/ Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – 408 с.
11. Д.Я.Райгородский. – Самара: Издат. Дом «БАХРАХ-М», 2007. – 672 с.

12. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология: учеб. пособие для студентов вузов. - СПб.: Питер, 2006.
13. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов: Учебник. - М.: Изд-во «Флинта», 2004 .
14. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1976.
15. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб.: Изд НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008.
16. Клиническая психология / под ред. Б.А. Маршинина. - М.:Academia, 2007. 54.
17. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского.- СПб.: ПИТЕР, 2004. 53.
18. Клиническая психология. / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: ПИТЕР, 2002.
19. Клиническая психология. Хрестоматия / под ред. Н.В. Тарабриной.- СПб.: ПИТЕР. 2009 .
20. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: учеб. пособие / В. Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2003. – 454 с.
21. Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы. М.,1999 г.
22. Краснов В.Н. Проблемы современной диагностики депрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.-2012.- №11.- С. 3-10;
23. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра // М.: Практическая медицина, 2011. 432 е.;
24. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 303с.
25. Кулаков С.А. Психосоматика. СПб.: Речь, 2010; Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика

смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – 2-е изд., испр. – М. : Смысл, 2003. – 488 с.
26. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. - М.: Магистр, 2003.
27. Мясищев В.Н. Психология отношений. М., 2003
28. Патопсихология и ее методы / М. Вольф. – СПб. : Питер, 2004. – 191 с.
29. Пезешкиан, Н. Позитивная семейная психотерапия: Семья как терапевт. - М.: Культура, 1994. - 331с.
30. Перлз, Ф. Практика гештальт-терапии : пер. с англ. / Ф. Перлз. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. – 480 с.
31. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. Учебное пособие МО РФ. Питер, 2005. Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева
32. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г.С. Никифорова – СПб.: Питер, 2005. – 350 с.
33. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Ред. – сост.
34. Психиатрия: учеб. для студ. мед. вузов / М.В.Коркина, Н.Д.Лакосина, А.Е.Личко, И.И.Сергеев. – 3-е изд.-М.:МЕДпресс-информ, 2004. – 566 с.
35. Психотерапевтическое консультирование: Беседа направленная на решение/Б.Фурман,Т.Ахола.-СПб.:РЕЧЬ,2001.-160с.-(Психотерапия на практике).
36. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. – М.: изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с. (Серия «Психологическая коррекция»).
37. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. СПб : Питер, 2002. – 720 с.
38. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Отв. ред. А.Б. Алексеев. - СПб.: Речь, 2004 .
39. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под ред. академика П.И.Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568с.

40. Смулевич А.Б. Органные неврозы как психосоматическая проблема / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, С.И. Рапопорт и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2000. – т.100, №12. – С.4-12.
41. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, В.Н.Козырев и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1999, т.99, №4. – С.4-16.
42. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства / А.Б. Смулевич // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - № 1. - С. 5-18.
1. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. Циркина С.Ю. - СПб.: Питер, 1999. - 752с.
43. Схема нейропсихологического исследования.— М., МГУ, 1973.
44. Тюльпин, Ю.Г. Медицинская психология: учеб. пособие для студентов мед. вузов/ Ю.Г. Тюльпин.-М.: Медицина, 2004. – 319 с.
45. Функциональный диагноз в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Г.В. Бурковский [и др.]. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 231 с.
46. Фурман Б. Психотерапевтическое консультирование. Беседа, направленная на решение. – СПб.: Речь, 2001. – 160 с.
47. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкас – СПб.: «Питер», 1999. – 656с.
48. 030302 Клиническая психология. Государственный образовательный стандарт

ОБРАЗЦЫ ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Отчет о деятельности в период практики (включает обобщенный отчет по всем видам деятельности согласно форме отчета на каждый вид деятельности).

Схема индивидуального отчета

а) титульный лист:

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ

прохождения (вид практики)_____

студента (ки) __ курса

факультета клинической психологии ___ группы

ФИО.

Курск, (год).

б) лист №2, №3…

- Какие задачи решались в процессе практики?
- Что (конкретно) было сделано в ходе практики?
- Что из запланированного не получилось сделать и почему?
- Что полезного в профессиональном плане удалось вынести из практики?
- Предложения по улучшению содержания и организации практики.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИЛАГАЕМОЙ К ОТЧЕТУ ДОКУМЕНТАЦИИ

1. Заполненные бланки и протоколы, проведенных диагностических и исследовательских методик с примечаниями и комментариями, обработкой и выводами.
2. Протоколы проведенных консультаций.
3. Протоколы супервизий.
4. Фото проводимых мероприятий, разработанных рекомендаций, размещенных стенгазет и т д
5. Программы психологического вмешательства (программы тренингов, программы коррекции и т д)
6. Дневник практики, в котором должны быть зафиксированы в хронологическом порядке все важнейшие действия студента и рефлексия по их поводу: дата, цель, содержание, результат, анализ, комментарии.
7. Характеристика клинического психолого, под чьим руководством осуществлялась практика.

Перечень прилагаемой к отчету документации варьируется в зависимости от вида практики и базы прохождения ее.

Образец дневника практики

а) титульный лист:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Курский Государственный Медицинский Университет
Министерство здравоохранения РФ

Дневник

прохождения (вид практики)_____

студента (ки) _ курса
факультета клинической психологии ___ группы
ФИО.

Курск, (год).

б) лист №2: практика (вид)_____

с_____ по _____ в на базе (указывается база практики)

в) оформление записей в дневнике:

6 июля База ОБУЗ « Курская психиатрическая больница»

9^{00} – 11^{00} Ознакомление с документами психолого-психиатрической экспертизы; выявление состояния аффекта, индивидуально-психологических особенностей, влияющих на поведение; определение, есть ли у испытуемого отставания в психическом развитии, не связанное психическими заболеваниями – психический инфантилизм – полное освобождение от уголовной ответственности.

11^{00} – 12^{30} – судебно-медицинская экспертиза.

Испытуемый: ФИО, ___ г. рождения, окончил 5 классов. Работает слесарем. Были ушибы головы. Направлен военной комиссией для установления диагноза.

Процедура исследования:

1. Просьба на заучивание 10 слов

1. – 3 слова

2. – 3 слова

3. – 5 слов

2. Пересказ рассказа с первого раза не смог пересказать. Со второго раза пересказ с подсказкой психолога.

3. Составление рассказа по картинкам – скупость слов, нет воображения, не понял смысла.

4. "Четвертый лишний" – исключение только с подсказкой, долго думает, не умеет обобщать.

5. Счет – считает плохо, не знает таблицы умножения.

6. Методика "кубики Косса" – исследование пространственного воображения и наглядного, конкретно-действенного мышления.

7. С легким заданием справился. Появился интерес, и испытуемый попросил более трудное задание, с которым он не справился.

$12^{30-}14^{00}$ Оформление заключения экспертизы. Заключение: низкий уровень психического развития. К службе в армии не годен.

За каждый пройденный день практики в дневнике должна быть подпись руководителя базы практики

Образец характеристики

ХАРАКТЕРИСТИКА НА СТУДЕНТА
ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
_____курс ____группа
_____ ФИО

Характеристика работы студента_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дата подпись и печать клинического психолога