

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Практикум по психотерапии»

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Кафедра: общей и клинической психологии

Форма обучения: очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Практикум по психотерапии» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Практикум по психотерапии». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала.	Перечень вопросов
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
4	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.	Темы докладов
5	Творческое задание	Частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.	Темы групповых и/или индивидуальных творческих заданий
6	Контрольные вопросы	Оценочное средство репродуктивного характера, направленное на проверку понимания понятийного аппарата учебной дисциплины, воспроизведение фактического материала, обобщение и систематизацию знаний	Список вопросов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК-5. Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего,	Текущий	Раздел 1	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 1	Контрольные вопросы, тест

коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.			
ОПК-6. Способен разрабатывать и реализовывать комплексные программы предоставления психологических услуг по индивидуальному, семейному и групповому психологическому консультированию и неврачебной психотерапии как виду профессиональной деятельности клинического психолога.	Текущий	Раздел 1	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 1	Контрольные вопросы, тест
ПК-6: Способен и готов к применению на практике методов патопсихологической и нейропсихологической диагностики состояния психического здоровья и адаптационных возможностей больных для реализации задач психопрофилактики, психологической коррекции, реабилитации и психотерапии.	Текущий	Раздел 2-3	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 2-3	Контрольные вопросы, тест
ПК-7: Способен и готов к овладению теоретическими основами и методам классических и современных направлений психотерапии и психологического консультирования.	Текущий	Раздел 2-3	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, творческое задание, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 2-3	Контрольные вопросы, тест
ПК-9: Способен и готов к организации и предоставлению психологических услуг лицам разных возрастов и социальных групп, к психологическому консультированию, разработке и осуществлению личностно- и социально-ориентированных программ психотерапии, коррекции и реабилитации.	Текущий	Раздел 2-3	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 2-3	Контрольные вопросы, тест

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль по дисциплине осуществляется при проведении: индивидуального опроса, ситуационных задач, творческого задания, доклада.

4.1. Задания текущего контроля для оценки компетенций

4.1.1. Задания для оценки компетенции **ОПК-5:**

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Принципы организации терапевтического процесса и терапевтических отношений.
2. Классические теории, концепции, подходы и новые тенденции в психотерапии личностных расстройств.

3. Особенности терапевтических отношений и их влияние на эффективность психотерапии. Понятие терапевтической среды, терапевтического контракта, стиля коммуникации.

4. Установки пациента и терапевта и их влияние на успешность психотерапии.

5. Модель диалогического анализа терапевтического процесса.

Ситуационные задачи:

1. Пациент страдает от конфликтов в сфере взаимоотношений. Он боится близости из-за того, что убежден, что в нем самом скрыто что-то постыдное, противное и непростительное. Сформулируйте запрос. Каковы стратегия и тактика ведения пациента в когнитивно-поведенческом подходе?

2. Сформулируйте свой вариант вмешательства (или несколько), наиболее уместный в данной ситуации и, желательно, способствующий задаче сформулировать запрос клиента. Охарактеризуйте суть ситуации, с вашей точки зрения. Какие причины и намерения побудили вас прибегнуть к данному вмешательству?

Клиентка – женщина 25 лет, бухгалтер.

Клиентка: Не знаю, почему я пришла. На первый взгляд, у меня все неплохо...

Ничего страшного не происходит... Все проблемы в моей голове исключительно. Я не понимаю, что мне стоит сделать для того, чтобы моя жизнь стала лучше, и я могла испытать радость.

Терапевт: Возможно, вам станет понятно, как изменить свою жизнь, если вы постараетесь объяснить себе, что для вас значит «лучшая жизнь».

Что это значит для Вас?

Когда вы думаете так....., что вы думаете о себе?

Когда вы думаете так....., на каком основании вы это думаете/говорите?

Когда вы думаете так, что вы думаете о мире?

Когда вы думаете так....., что вы думаете о своей жизни?

Когда вы думаете так....., что вы думаете о других?

Когда вы думаете так....., каким вы должны быть? Или как должно быть?

Клиентка задумывается. Записывает ответы. Начинает плакать. Отвечает, что очень хотела бы изменить отношение к себе.

3. На прием к клиническому психологу пришла женщина с жалобами на панические атаки, возникающее в метро. В процессе беседы выяснилось, что восемь лет назад клиентке стало плохо в метро, ей показалась, что она выглядела странно и испытывала чувство стыда. После чего приняла решение не пользоваться метрополитеном, что сильно осложняет ей жизнь.

Сформулируйте запрос. Каковы стратегия и тактика ведения в когнитивно-поведенческой психотерапии? Использование каких базовых техник КПТ необходимо для психотерапевтической помощи?

Темы докладов:

1. Теоретические предпосылки возникновения КПТ.

2. Методологические проблемы когнитивно-поведенческого подхода.

3. Место КПТ терапии в системе психотерапевтической помощи.

4. Доказательная база КП терапии.

5. Учение о ВНД и КП терапия.

6. Когнитивно-поведенческая терапия (А. Бэк).

7. Рационально-эмоционально-поведенческая терапия (А. Эллис).

8. Теории научения в современной КПТ.

9. Теория эмоционального интеллекта и ее использование в КПТ.

10. Основные когнитивные техники в КПТ.

11. Основные поведенческие техники в КПТ.
12. Базовый психологический навык с позиции КПТ.
13. Нейрогенез и его роль в КП терапии.
14. Легендирование в групповой КП терапии.
15. Третья волна КПТ.

4.1.2. Задания для оценки компетенции **ОПК-6:**

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Типология причин обращения за психотерапевтической помощью.
2. Тактики психотерапевтического взаимодействия при основных типах личностных расстройств.
3. Моделирование тактик психотерапевтического взаимодействия.
4. Трудности и типичные ошибки начала терапии.
5. Оценка продолжительности и эффективности психотерапии.

Ситуационные задачи:

1. Б., 30 лет, служащая. Порвав отношения с человеком, за которого хотела выйти замуж, стала нервничать, перестала спать. Через 3 дня появились странности в поведении. Заявила сотрудникам, что чувствует их недоброжелательное отношение к ней. Считала, что окружающие над ней насмеваются, о чем-то перешептываются между собой, «намекают» в разговорах на ее плохое поведение. Считает, что «им все известно». Видимо, о ней сообщили какие-то компрометирующие сведения, и она думает, что это сделал ее жених, она его даже видела выходящим из учреждения. Решила, что теперь для нее все кончено, жить ей не нужно. Была помещена в психиатрическую больницу. Ориентирована, заторможена, тревожна. Настроение подавленное. Слышит за стеной разговоры сослуживцев и соседей по комнате о себе. Они намекают на сожительство ее с каким-то мужчиной, бранят ее. Считает, что персонал больницы и больные «смотрят презрительно». Отказывается от еды. При уговорах поесть заявляет: «Смеетесь вы надо мной, не есть мне, а умирать надо». Под влиянием лечения, в частности рациональной психотерапии, состояние постепенно улучшилось, появилось критическое отношение к перенесенному заболеванию, и после 3-месячного пребывания в больнице выписалась с выздоровлением. Определить синдром и по возможности, заболевание. Почему рациональная психотерапия оказалась эффективной в комплексе с психиатрическим лечением?

2. Ниже приведено продолжение обсуждения эмоциональных схем с пациенткой, которая переживала развод. Необходимо проанализировать техники специалиста и подобрать оптимальное «домашнее задание» для пациентки. Как можно помочь пациентке выяснить, какие эмоциональные схемы представляют для нее трудности?

– Терапевт: Итак, вы думаете, что у других людей не может быть таких же эмоций, какие вы испытываете сейчас. Скажите, а знаете ли вы лично тех, кто пережил развод или расставание?

– Пациентка: Да, несколько моих друзей прошли через это.

– Терапевт: И что они ощущали, когда разводились?

– Пациентка: Ну, большинство из них грустили, некоторые злились. Мой друг Кен рассказывал, что почувствовал облегчение, потому что они с женой все время ссорились. Но, вообще-то, он тоже грустил. Наверное, в такой ситуации люди могут испытывать множество разных эмоций.

– Терапевт: А могут ли ваши эмоции быть похожими на то, что чувствуют другие?

– Пациентка: Думаю, да. Но меня смущает то, что я ощущаю все это одновременно. Вы знаете, иногда я даже радуюсь, потому что мне больше не надо переживать о том, что Пол может уйти, – ведь это уже случилось.

– Терапевт: Сложно ли вам осознавать такие смешанные чувства?

- Пациентка: Да. Мне просто хотелось бы понять, как я должна себя чувствовать.
- Терапевт: А может ли оказаться, что каждая из эмоций, которые вы сейчас испытываете, на самом деле вполне обоснована и оправдана? Вполне логично почувствовать некоторое облегчение после прекращения отношений с Полом, который мучил вас своим непостоянством; вполне логично грустить, расставаясь с близким; вполне логично тревожиться, не зная, что ждет вас в будущем.
- Пациентка: Но эти чувства снова и снова меняются.
- Терапевт: Что ж, для каждого момента характерны разные эмоции. Сейчас вы чувствуете что-то одно, потом это ощущение сменяется другим. Когда вы думаете о том, что вам больше не придется ссориться, вы испытываете облегчение; а когда в голову приходят мысли о будущем – вы беспокоитесь.
- Пациентка: Это сбивает с толку.
- Терапевт: Только если вы думаете, что у вас должно быть какое-то одно переживание. Это напоминает ситуацию, когда человека раздражает обилие нот в симфонии или множество оттенков на картине. А ведь спектр эмоций, которые вы испытываете, может что-то сказать о вашей способности чувствовать и воспринимать жизнь.
- Пациентка: Да, но мне хотелось бы держать себя в руках. Я желаю снова стать такой, как раньше.
- Терапевт: То, что вы переживаете сейчас, – это тоже часть вас, вашей сложной разносторонней личности. Я вижу, как на вашем лице отражаются разные эмоции; обращаю внимание на жесты рук, когда вы говорите; и понимаю, что в этот момент вы действительно находитесь здесь. Разнообразие жизненного опыта и делает вас настоящим, живым, цельным человеком.
- Пациентка: (плачет) Но это так больно.
- Терапевт: Возможно, вам больно, потому что вы не поверхностный, не безразличный человек, который способен испытывать подлинные, глубокие чувства.

Темы докладов:

1. Терапия принятия и ответственности – АСТ.
2. Диалектическая поведенческая терапия.
3. Принципы психотерапевтического процесса в современной КПТ.
4. Функционально-аналитическая терапия.
5. Схематерапия.
6. Терапия эмоциональных схем.
7. Терапия Реальностью и Терапия Выбора.
8. КПТ психосоматических расстройств.
9. КПТ зависимостей.
10. КПТ расстройств личности.
11. Работа с психотравмой в КПТ.
12. Фармакотерапия и КПТ.
13. Когнитивные стили.
14. Фиксированные формы поведения как объект работы терапевта.
15. Групповая КПТ терапия.

4.1.3. Задания для оценки компетенции **ПК-6:**

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Анализ мотивации клиента, пациента в когнитивно-бихевиоральном консультировании и терапии.
2. Анализ осложнений консультативного и терапевтического процесса в реальных клинических ситуациях.
3. Профилактика срывов и прекращения терапии.

Ситуационные задачи:

1. На консультации Ш., 60 лет. Хороший семьянин, любит внуков, требователен в соблюдении «честности» и «порядка» во всех сторонах жизни. Озабочен прогрессирующей у него импотенцией, обвиняет жену в «недостаточно теплом» к нему отношении, подозревает ее в неверности. Некоторые обыденные ситуации интерпретирует как доказательства ее измены, требовал оправданий и «клятв», грозил суицидом. В последнее время опасается «возможных действий» со стороны жены с целью избавиться от него, перепроверяет органолептически пищу, на ночь прячет в гараж все ножи.

Вопросы:

1. Какие именно психопатологические симптомы наличествуют в расстройствах пациента?
2. Какими психопатологическими синдромами(-ом) проявляются данные расстройства?
3. Направления и тактика работы с пациентом.

2. На консультации Б., 59 лет. На протяжении всей жизни она была чрезмерно озабочена состоянием своего здоровья. Помимо частых обследований занималась еще постоянным оздоровлением себя разными способами. Обеспокоенность своим здоровьем усилилась, когда стали появляться утомляемость, раздражительность, рассеянность, забывчивость. Более всего беспокоило снижение памяти на текущие события, новую информацию, имена, фамилии. Усилилась тревога за свое здоровье, требовала «более полного обследования», стала подозрительной, педантично выбирает продукты, не питается нигде кроме дома, озабочена оздоровлением организма – постоянно пьет витамины и биодобавки, которые назначает себе сама, регулярно проходит курсы посещения соляной пещеры, озонотерапии. Последний месяц протирает все ручки и поверхности в общественных местах санитайзером до того, как прикоснется к ним.

1. Какие именно психопатологические симптомы наличествуют в расстройствах пациента?
2. Какими психопатологическими синдромами(-ом) проявляются данные расстройства?
3. Направления и тактика работы с пациентом, маршрутизация пациента.

3. На консультации А., 58 лет. Слесарь. В молодости злоупотреблял алкоголем. 17 лет тому назад выступил свидетелем по убийству. Убийцу осудили, а А. все последующие годы побаивался мести. Однажды он узнал, что убийцу освободили после отбытия срока наказания, а затем сам увидел его. В состоянии сильного страха просил родных защитить его от мести. Соседей и сотрудников по работе обвинял в том, что те якобы обязаны спрятать его от возможного преследования и мести преступника. Навязчивые мысли, ходит и постоянно оглаadyвается, начинает казаться, что за ним следят. Решил обратиться в полицию, дочь настояла на консультации психотерапевта.

1. Какие именно психопатологические симптомы наличествуют в расстройствах пациента?
2. Какими психопатологическими синдромами(-ом) проявляются данные расстройства?
3. Направления и тактика работы с пациентом, маршрутизация пациента.

4. С., 58-летний руководитель мусоросжигательного комплекса, не успел вернуться с работы домой, как раздался телефонный звонок: в одном из двух больших бункеров для промежуточного хранения более чем тысячи кубических метров отходов произошла так называемая «детонация», взрыв горючего газа. Двое рабочих получили сильные ожоги. 20

минут спустя начальник уже на месте аварии: весь комплекс горит, два тяжело пострадавших готовы к транспортировке на вертолете в ближайшую больницу при университете. Вокруг хаос: отдельные рабочие поддаются панике и блуждают бесцельно туда-сюда.

С. как руководитель реагирует адекватно: он немного думает и принимает единственно верное решение: созвать кризисный совет, поставить в известность полицию и средства массовой информации. Только к полуночи необходимые меры приняты, и С. едет домой, чтобы поспать несколько часов.

В последующие дни С. не может проглотить ни кусочка еды и с трудом преодолевает себя, чтобы хотя бы немного пить; то и дело он непроизвольно представляет себе пожарище и двух пострадавших. Хотя он знает, что не причастен напрямую к произошедшему, он сильно винит себя, особенно после того, как узнает, что один из двух пострадавших, молодой отец семейства, умер от ожогов. На работе он периодически чувствует себя полностью парализованным и не способным действовать.

Когда несколько недель спустя во время отдыха в горах он видит приземляющийся вертолет, он обессиливает физически и плачет в течение нескольких часов. В результате у него развивается тяжелое нарушение сна, каждую ночь он просыпается в поту от кошмаров, в которых видит гиперреалистичные образы аварии.

Вид места аварии пугает его так сильно, что теперь он делает большой крюк, когда едет на работу. В офисе ему удается себя контролировать с большим трудом, на вопросы коллег он отвечает непривычно раздраженно и вспыльчиво. Незначительные трудности вызывают у него сильнейшую ярость и большое желание что-нибудь уничтожить. Он стыдится этих агрессивных выпадов, которые ему с трудом удается подавлять. Разговоры об аварии вызывают у него учащение сердцебиения, обильную потливость и дрожь, за последние несколько недель он потерял пять килограммов веса. Спустя месяц после произошедшего, С. вынужден признать, что больше не может работать и нуждается в помощи специалистов.

Он посещает психолога. Во время первой встречи С. рассказал о происшествии: три года назад один из его лучших друзей умер от тяжелого заболевания. Он чувствовал большую поддержку со стороны своей супруги.

Допросы полиции докучали ему, потому что из-за них он снова и снова вспоминал случившееся. Причина взрыва по-прежнему остается неизвестной. Он задает себе вопрос, виноваты ли в катастрофе люди или же это техническая неисправность. Будучи спортивным человеком, он перестал бегать. Он чувствовал себя обессиленным и лишенным энергии. Друзья, связывались с ним по телефону и сказали, что ему, конечно же, станет лучше, когда пройдет немного времени. Сейчас он погрузился в работу, хотя чувствует себя истощенным.

Вопросы:

1. Что вам известно о травматической ситуации, а также о связанных с ней субъективных способах преодоления и объективных факторах ситуации?
2. Сделайте обоснованный прогноз развития посттравматического стресса у пострадавшего.
3. Какие меры психотерапевтического вмешательства вы предложите на основе сделанного прогноза развития посттравматического стресса у пострадавшего? Кратко опишите вашу стратегию.

5. На консультации Х., 42 года. Всегда тревожно-мнительный. Был на отдыхе в южном санатории, где имел отношения с одной из отдыхающих. После возвращения домой случайно услышал о том, что у кого-то из знакомых обнаружен положительный результат на ВИЧ. Сильно заволновался, стал находить и читать соответствующую литературу. Обнаружив у себя «подозрительное» пятно, запаниковал и обратился к венерологу, прошел обследования на все заболевания, передающиеся половым путем. Получая отрицательные результаты при повторных анализах, вновь погружался в специальную информацию и од-

нажды узнал, что существует латентный период и иногда он очень продолжительный. Потерял сон и покой. За два года прошел в разных центрах более 20 исследований на ВИЧ. Специалисты находили у него депрессию и предлагали соответствующее лечение. Психологам и психотерапевтам «не верил». Они, по его мнению, хорошо уговаривали, но не знают, что бывают «исключения в длительности скрытого периода заражения ВИЧ», а он прочитал в «одной газете», что после заражения позитивный результат в исследовании может обнаружиться более чем через пять лет. «Узнав» об этом, погрузился в «невыносимую тоску».

Вопросы:

1. Какие именно психопатологические симптомы наличествуют в расстройствах пациента?
2. Какими психопатологическими синдромами(-ом) проявляются данные расстройства?
3. Направления и тактика работы с пациентом.

Темы докладов:

1. Когнитивно-поведенческая терапия: эволюция метода и обзор эффективности.
2. Методологические и теоретические проблемы когнитивно-поведенческого подхода в консультировании и психотерапии.
3. Индивидуальная кейс-концептуализация в КПТ: варианты и перспективы.
4. Культурно-историческая теория и когнитивно-поведенческий подход в психотерапии.
5. Историко-психологический анализ специфики сознания и переживаний личности.
6. Теоретический обзор отечественных и зарубежных источников, посвященных проблеме психологического консультирования и психотерапии.
7. Основные отечественные и зарубежные теоретические подходы к пониманию тревожных состояний личности.
8. Когнитивно-поведенческая терапия как метод коррекции тревожных состояний.
9. Экспериментальное изучение когнитивно-поведенческого консультирования тревожных состояний.
10. Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии.

4.1.4. Задания для оценки компетенции ПК-7:

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Концептуализация проблемных ситуаций в когнитивно- поведенческой терапии разных психических расстройств.
2. Концептуализация проблемных ситуаций в когнитивно- поведенческой терапии нарушений адаптации.
3. Концептуализация проблемных ситуаций в когнитивно- поведенческой терапии разных аномалий личности.
4. Построение и проверка гипотез на основе наблюдений и вербальных сообщений в КБТ.

Ситуационные задачи:

1. На консультации Г., 50 лет. Участник боевых действий, перенес черепномозговую травму, на электроэнцефалограмме — признаки эпилептиформной электрической активности головного мозга. Ранее имели место три амбулаторных эпизода психических расстройств в форме «голосов» на фоне бессонницы — каждый длительностью в один-два дня. Четвертый эпизод развился остро без связи с какими-либо внешними факторами и проявился бессонницей, тревожными предчувствиями катастрофы, угрозы всей Земле, слышал

«вопли» людей и плач детей, испытывал наплыв мыслей и тревожных ожиданий, был возбужден, не находил себе места, утверждал, что «гибель неизбежна», все люди исчезнут.

1. Какие именно психопатологические симптомы наличествуют в расстройствах пациента?
2. Какими психопатологическими синдромами(-ом) проявляются данные расстройства?
3. Направления и тактика работы с пациентом, маршрутизация пациента.

Темы групповых и индивидуальных творческих заданий:

1. Прокомментируйте известное высказывание Ж. Лакана, что субъект начинает анализ с того, что он говорит о себе, но обращается при этом не к вам, или он обращается к вам, но говорит не о себе. Если он способен говорить о себе и обращаться при этом к вам, значит, анализ завершен. Почему, на ваш взгляд, он описывал им конечный результат взаимодействия консультанта и клиента?

Темы докладов:

1. Использование модели ABCDEF в практике РЭПТ.
2. Проявления, последствия и современные подходы к терапии психотравмы и вызванных ею нарушений.
3. Когнитивно-поведенческий подход в оказании психологической помощи.
4. Работа с воображением в КПТ.
5. КПТ в работе с последствиями кризисных событий.

4.1.5. Задания для оценки компетенции **ПК-9:**

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Стратегии индивидуальной работы с пациентами разных клинических групп.
2. Поведенческий анализ - процесс поведенческой психотерапии.
3. Особенности поведенческой диагностики.
4. Схема BASIC ID А. Лазаруса и ее использование в поведенческой диагностике.
5. Оценка эффективности терапии.
6. Супервизия в работе специалиста. Супервизия практической работы.

Ситуационные задачи:

1. На консультации Д., 42 года, вырос в семье, где главной задачей считалось достижение личного успеха в жизни, определенного положения в обществе. Хотя у больного были ограниченные способности и учеба в школе давалась с трудом из-за требований родителей он стремился превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий. После школы поступил в институт, где занятия отнимали огромное количество сил и времени, часто приходилось заниматься по ночам. Окончив институт, стал работать инженером. Стал активно добиваться должности начальника отдела, требующей высокого уровня ответственности и профессионализма. Получив желаемую должность, стал испытывать значительные трудности при принятии решений, общении с подчиненными. Возникли проблемы со сном, аппетитом, снизилось настроение, появилась раздражительность, что в конечном итоге привело к получению замечаний со стороны начальства.

Проанализируйте ситуацию с точки зрения психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистической и КПТ, предложите стратегию психотерапевтического вмешательства в КПТ-подходе.

2. На консультации Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно да-

вала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал рассказ и гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

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

3. На консультации Т., 51 год, не работает, проживает с матерью. Часто поступает по «неотложным показаниям» в стационар. Воспитывалась властной матерью и уступчивым, мнительным отцом. С раннего детства испытывала смешанные чувства к матери: ненавидела ее за постоянную тиранию себя и отца, но в то же время жалела, так как мать часто жаловалась на плохое самочувствие. Дважды была замужем, но была вынуждена развестись, так как состояние ее матери, которой не нравились оба ее мужа, резко ухудшалось, и она была вынуждена долгое время ухаживать за ней у нее дома. Имели место частые ссоры с матерью, попытки противостоять ее давлению. Но после «побед» испытывала чувство вины перед «больной» матерью и просила у нее прощения. Несколько лет назад первые, на фоне очередной ссоры с матерью и возникшего чувства вины, поступает по «скорой» в связи с подозрением на «острый живот». При тщательном осмотре диагноз не подтверждается. В дальнейшем подобные ситуации неоднократно повторяются.

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

Темы докладов:

1. Особенности когнитивно-поведенческой терапии в работе с тревожными клиентами.
2. Предсознательное как область личностных когнитивных конструктов
3. Инструменты когнитивно-поведенческой психотерапии.
4. Принцип «домашних заданий» в КПТ.
5. Прикладной анализ поведения в работе с детьми и их родителями.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по данной дисциплине проводится в виде зачета с оценкой.

5.1. Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений и опыта деятельности

5.1.1. Вопросы к зачету (контрольные вопросы) по дисциплине

№ п/п	Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1	Организация терапевтического процесса и терапевтических отношений.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
2	Новые тенденции в психотерапии личностных расстройств.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

3	Терапевтические отношения и их влияние на эффективность психотерапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
4	Терапевтические отношения как терапевтическая среда.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
5	Установки пациента и терапевта и их влияние на успешность психотерапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
6	Модель диалогического анализа терапевтического процесса.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
7	Тактики (методы) психотерапевтического взаимодействия при основных типах личностных расстройств.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
8	Обращение за психотерапевтической помощью («запрос»).	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
9	Паттерны репрезентаций отношений Я-Другой и эффективные тактики психотерапевтического взаимодействия.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
10	Типичные фантазийные паттерны отношений и моделирование тактик психотерапевтического взаимодействия.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
11	Трудности и типичные ошибки начала терапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
12	Качества психотерапевта.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
13	Стиль коммуникаций в психотерапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
14	Терапевтический контракт.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
15	Продолжительность психотерапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
16	Процесс поведенческой психотерапии: поведенческий анализ. Особенности поведенческой диагностики.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
17	Функциональный анализ поведения по Кэнферу. Определение целевого поведения. Анализ условий поведения.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
18	Схема BASIC ID А. Лазаруса и ее использование в поведенческой диагностике.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
19	Планирование и контроль терапевтических вмешательств.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
20	Методы поведенческой диагностики.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
21	Модель АВА	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
22	Концептуализация проблемных ситуаций в когнитивно-поведенческой терапии разных психических расстройств, нарушений адаптации, аномалий личности	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
23	Построение и проверка гипотез на основе наблюдений и вербальных сообщений в КБТ.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
24	Анализ осложнений консультативного и терапевтического процесса в реальных клинических ситуациях.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
25	Профилактика срывов и прекращения терапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
26	Эффективность терапии и супервизия.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
27	Стратегии индивидуальной работы с пациентами разных клинических групп.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
28	Анализ мотивации клиента, пациента в когнитивно-бихевиоральном консультировании и терапии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
29	Супервизия практической работы. Оценка продвижения супервизируемого.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
30	Улучшение качества профессиональной компетентности посредством супервизии.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

5.1.2. Тестовые вопросы к зачету по дисциплине

№ п/п	Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1	Психотерапия по В.Е. Рожнову а) лечение психогенных душевных расстройств и соматических расстройств с невротическими проявлениями; б) комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств исключительно на психику больного, в отличие от лекарственного лечения, воздействующего на тело; в) воздействие с помощью психических средств одного человека на другого; г) лечение средствами души врача-психотерапевта; д) ни одно из перечисленного не отражает сути психотерапии	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
2	В психотерапии выделяют все перечисленное, кроме а) общей и частной психотерапии; б) закона о психиатрической помощи; в) общей и специальной психотерапии; г) психотерапии, направленной на повышение сил больного в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию и ятрогению, и психотерапии, использующей специальные методы (методики)	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
3	К методам частной психотерапии относится а) рациональной терапии; б) групповой психотерапии; в) верно все; г) неверно все	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
4	Имеющее отношение к истории психотерапии известное «чудо в Эпидавре» это а) исцеление Диофаны; б) исцеление скульптора Тимона от истерического паралича; в) античная быль о целительном воздействии внезапного укуса змеи; г) исцеление истерической потери речи у Амариллис; то, что произошло с больной девочкой, встретившей змею в роще возле храма Асклепия	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
5	В структуре личности, по З. Фрейду, существуют все следующие основные компоненты, кроме а) Ид; б) Сверх-Я; в) Эго; г) Сверх-цензор	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
6	В структуре личности, по К. Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме а) личного бессознательного; б) коллективного бессознательного; в) сознания; г) архетипа и расового бессознательного	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
7	В структуре личности, по А. Адлеру, выделяют следующие основные компоненты а) Супер-эго; б) Селф (Self);	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

	в) сверхкомпенсацию; г) ничего из перечисленного	
8	Различные адлеровские жизненные стили, созданные разными видами компенсации, не включают а) успешную компенсацию чувства неполноценности при совпадении стремления превосходства с социальным интересом; б) гиперкомпенсацию как одностороннее приспособление к жизни в результате недоразвития какой-либо черты, способности; в) невротических симптомов как неудавшихся способов компенсаций; г) борьбы как выражения врожденных агрессивных тенденций человека	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
9	По К. Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции а) стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности; б) либидо; в) генетическое стремление к власти; г) врожденная агрессивность	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
10	В классификации типов акцентуаций характера по А.Е. Личко выделяют а) возбудимый; б) эмоционально-лабильный; в) эмотивный; г) интровертированный	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
11	В.М. Бехтерев а) занимался психоанализом алкоголизма; б) заложил основы отечественной религиозной психотерапии; в) занимался с группами пациентов; г) занимался объективным рефлексологическим изучением личности, обучал своих пациентов приемам самовнушения	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
12	В известную психотерапевтическую триаду В.М. Бехтерева входят все следующие моменты, кроме а) когнитивной беседы по Беку и анализа невротического конфликта; б) разъяснительной беседы с группой больных; в) гипноза; г) обучения самовнушению	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
13	Внешняя картина болезни включает в себя все перечисленное, исключая а) внешний вид больного со всеми деталями б) все, что удастся получить инструментальными методами исследования в) внутренние тягостные ощущения и местные болезненные ощущения г) все то, что можно зафиксировать графически, числами, кривыми д) правильно б) и в)	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
14	Внутренняя картина болезни включает в себя а) данные рентгенологического исследования б) все то, что удастся получить с помощью биохимического исследования в) все то же самое, что и субъективные жалобы больного	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

	г) то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы; всю массу болезненных, тягостных ощущений	
15	Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей а) гипертимический и аффективно-лабильный б) циклоидный в) шизоидный г) сенситивный д) правильно б) и в)	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
16	И. Шульц а) занимаясь с пациентами своей аутогенной тренировкой, объяснял им физиологические основы метода; полагал, что для овладения его аутогенной тренировкой требуются месяцы; б) относил упражнение АТ, направленное на вызывание ощущения тепла в эпигастральной области, к аутогенной медитации; в) к упражнениям низшей ступени тренировки относил упражнения в визуализации представлений; г) считал, что явственное ощущение прохлады в области лба затрудняет занятия аутогенной тренировкой	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
17	Сущность человеческой личности К. Хорни не усматривает а) во врожденном чувстве беспокойства б) в приобретенном в процессе воспитания общественном чувстве («чувстве общности» - Gemeinschaftsgefühl); в) в чувстве враждебности мира; г) в «изначальной тревожности»; д) в чувстве «коренной тревоги»	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
18	По К. Роджерсу равновесие реального Я нарушается, когда оно: а) слишком полно соответствует идеальному Я; б) деформируется под влиянием определенного жизненного опыта; в) перестает соответствовать идеальному Я; г) не соответствует представлению окружающих об идеальном Я.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
19	Основными механизмами развития личности Г. Салливен считает а) потребность в нежности, ласке и стремление избежать тревоги; б) мягкое врожденное сексуальное чувство; в) врожденная «застенчивость-робость»; г) «стеснительная паранояльность»	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
20	По Э. Фромму, «социальный характер» формируется непосредственно а) обществом; б) идеологией; в) культурой; г) конкретно-историческими условиями жизни человека; д) общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
21	Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводит к возникновению (по В.М. Мясищеву) а) истерического невроза;	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

	б) ипохондрического невроза; в) депрессивного невроза; г) невроза навязчивых состояний; д) неврастении	
22	Обсессивно - психастенический невротический конфликт обусловлен (по В.М. Мясищеву) а) противоречием между моральными принципами, личными привязанностями; борьбой между желанием и долгом; б) борьбой между возможностями личности и завышенными требованиями к себе; в) противоречием между стремлениями личности и претензиями личности; г) противоречием между завышенными претензиями личности и недооценкой реальных условий	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
23	Существо клинической оценки личности состоит в том, что (М.Е. Бурно, 1989) а) с помощью клинического мышления (клиницизма) возможно оценить лишь патологическую личность; б) личность оценивается в ее биологических особенностях; в) личность патологическая или здоровая оценивается клиническим мышлением, опытом; г) рассматривается лишь тип высшей нервной деятельности	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
24	Психологическая защита - это а) важная форма реакции сознания на перенесенную психическую травму; б) феномены типа «вытеснения», «сублимации»; средство спонтанного устранения психических травм в) феномены типа «рационализации»; г) защита, проявляющаяся в виде особых форм взаимодействия, осознаваемых и неосознаваемых психологических установок; д) верно а) и г)	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
25	«Значимые переживания» представляют собой по В.Е. Рожнову а) своеобразную форму психической деятельности, подчиненную особым «собственно-психологическим» закономерностям и требующую для своего обнаружения раскрытия и преобразования специальных методических подходов, явление очень важное для внимания психотерапевта; б) определенные объективные ситуации как своеобразные модели возникновения различных психических травм; в) определенные психогенные конфликты (например, семейный конфликт); г) определенные психотравмирующие обстоятельства (например, одиночество)	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
26	Для страдающих неврастениями характерна психологическая защита по типу а) «отрицания», «рационализации»; б) шизоидизации; в) «интеллектуализации»; г) «интермиссии», «агглютинации»; д) ничего из перечисленного	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

27	Многомерность невротических конфликтов обнаруживается в том, что а) нездоровое стремление к личному успеху не соответствует реальным возможностям индивида; б) нередко возникают противоречивые тенденции между желаниями и возможностями; в) внутриличностные конфликты достаточно очерчены г) создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения; д) наличествуют различные варианты их сочетаний	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
28	Основными моментами (звеньями) в концепции личности К. Роджерса являются все перечисленное, кроме а) врожденной агрессивности человека; б) категории самооценки; в) ситуации, в результате которой ребенок «предает мудрость своего организма» и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих; г) перенесения ребенком источника оценок на других людей; д) ухода человека от индивидуального оценочного механизма, от истинной самооценки	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
29	Темперамент, в представлении Г.К. Ушакова, есть а) индивидуальный тип психических реакций на действие непосредственных раздражений и впечатлений действительности; б) все равно, что характер; в) все равно, что личность; г) биологические, врожденные особенности индивидуальности, наиболее косные, стойкие, консервативные, малоизменяемые, свойственные человеку на протяжении практически всей жизни	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9
30	Какой вид психотерапии наиболее применим при нарушениях пищевого поведения: а) когнитивно-поведенческую психотерапию; б) гештальт-терапию; в) трансактный анализ; г) рациональную психотерапию	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-7, ПК-9

Ответы на задания теста:

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	д	11	г	21	д
2	б	12	а	22	а
3	г	13	в	23	в
4	г	14	г	24	д
5	г	15	а	25	а
6	г	16	а	26	а
7	г	17	б	27	д
8	г	18	в	28	а
9	а	19	а	29	г
10	б	20	д	30	а

6. Критерии оценивания результатов обучения по дисциплине

Оценивание результатов обучения по дисциплине формируется из оценки за тест промежуточного контроля (достаточный критерий – оценка «удовлетворительно» или выше) и оценки за ответ на выборочные вопросы к зачету (контрольные вопросы) (достаточный критерий – оценка «зачтено»).

6.1. Критерии оценивания для промежуточной аттестации по дисциплине

6.1.1. Критерии оценивания результатов теста промежуточного контроля:

- оценка «5» баллов («отлично») – 90-100% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «4» балла («хорошо») – 80-89% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «3» балла («удовлетворительно») – 70-79% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «2» балла («неудовлетворительно») – менее 70% ответов на вопросы теста даны верно.

6.1.2. Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации по дисциплине

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик:

Халак Мария Евгеньевна, канд. психол. наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

15.01.2024 г.