

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Психотерапия. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к аудиторным
практическим занятиям по специальности ординатуры

31.08.22 – Психотерапия

Красноярск

2018

Психотерапия. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.22 - Психиатрия / сост. М.А. Лисняк. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 104 с.

Составители: к.м.н., доцент Лисняк М.А.

Сборник методических указаний к практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с требованием ФГОС ВО № 1064 от 25.08.2014 подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 – Психотерапия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от «25» июня 2018).

Занятие № 1

- 1. Индекс :** ОД.О.01.1.1 **Тема:** «Психотерапия как раздел медицинской науки и практики. Классификация психотерапевтических методов».
- 2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- 3. Методы обучения:** дискуссия, беседа, работа в малых группах.
- 4. Значение темы:** Иметь представление о психотерапии как медицинской науке

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать (УК-1)
- учебная: знать классификацию психотерапевтических методов

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Психологические методы воздействия в П. включают в первую очередь языковое общение, которое, как правило, реализуется во время специально организованной встречи психотерапевта с пациентом или группой пациентов. В последнее время большое значение уделяется и средствам невербальной коммуникации. В общем виде в психологический инструментарий П. входят такие средства и формы воздействия, которые могут влиять на интеллектуальную деятельность пациента, на его эмоциональное состояние и поведение.

Учитывая все многообразие концепций, подходов, методов, организационных моделей, социокультурных феноменов, можно говорить о существовании П. в трех основных сферах общественного сознания: 1) академической, которая предполагает разработку научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения; 2) альтернативной, которая основывается на различных исторически обусловленных эзотерических учениях и религиозных системах; 3) интуитивной, которая является результатом влияния первых двух на обыденное сознание большинства общества и выражается в явлениях психологической культуры, в отношении к существующей практике оказания психотерапевтической помощи, в общественном мнении, а также в практике бытовой П. и помощи в решениях психологических (психических) затруднений. Существование П. в трех указанных сферах определяет процессы ее научного и практического развития, причем если П. в академической и альтернативной сферах является поставщиком моделей, концепций, практических подходов, то П. в интуитивной сфере общественного сознания определяет признание той или

иной концепции в обществе, формулирует общественный заказ, стимулирует развитие одних и тормозит развитие других. Так, сочетание ряда социокультурных факторов способствовало активному распространению психоанализа в Европе в конце XIX — начале XX в., а также всплеску интереса к П. в альтернативной сфере. Альтернативная психотерапия также способна к формированию течений и методов (например, активно развивающегося в последнее время направления христианской П., П., основанной на практике дзэн, и др.), а также приемов практической работы.

Существование различных моделей П. определяется воздействием разнообразных социокультурных, экономических и других факторов, оказывающих влияние на развитие П. в современном мире, и заостряет вопрос о социальной релевантности целевых установок в П., о ее нормативном аспекте. Развиваясь, основные модели П. влияют на создание новых и совершенствование существующих психотерапевтических методов, методических приемов и форм организации П. Проблема профессиональной ответственности психотерапевта, осуществляющего комплекс диагностических, психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, становится особенно актуальной в связи с расширением сети психотерапевтических кабинетов, привлечением к этой работе все большего числа специалистов. Однако, несмотря на очевидный интердисциплинарный характер П. (Карвасарский Б. Д., 1982; Hidas G., 1976; Kratochvil S., 1976; Katzenstein A., 1980, и др.), она, конечно, является лечебной медицинской дисциплиной, а учет и разработка ее клинических основ приобретают сегодня по-прежнему первостепенное значение. Это не исключает использования психотерапевтических методов (соответствующим образом модифицированных) также для решения психогигиенических, психопрофилактических, психокоррекционных и иных задач.

Одной из косвенных причин существования различных моделей и методов П. является отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов по сравнению с другими. Диапазон их очень широк: разговорная П. и другие психотерапевтические подходы гуманистической ориентации, большое число поведенческих приемов, психодрама, разные школы психоанализа и т. п.

Всего в настоящее время насчитывается более 500 самостоятельных методов П. Если бы они претендовали только на лечение определенных патологических состояний, с этим можно было бы согласиться: они дополняли бы друг друга. Но, к сожалению, это не так. Каждый психотерапевтический подход претендует на эффективность при лечении почти во всех областях психопатологии, хотя в большинстве случаев их теоретические основы и методы несовместимы. Уникальная для системы практического здравоохранения ситуация относительно П. состоит в том, что больной обращается к врачу за помощью, а выбор терапии зависит не от диагноза или других объективных характеристик состояния пациента, а от того, к какой школе П. причисляет себя врач, и даже когда терапия

оказывается неэффективной, пациент не переводится к психотерапевту другой ориентации. В связи с этим большое значение на современном этапе развития П. имеет поиск, исследование общих факторов психотерапевтического воздействия, что позволит существенным образом приблизиться к определению эффективности психотерапевтических методов, которая применительно к большинству из них до настоящего времени либо не исследовалась вовсе, либо не доказана. В этом смысле представляют интерес попытки выделения общих факторов П. К основным из них Мармор (Marmor J., 1978) относит:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом — исходная предпосылка, на которой строится П.;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;
- 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
- 4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом;
- 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
- 6) убеждение и внушение, явное или скрытое;
- 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

При современном уровне развития медицины, широком использовании П. в соматических клиниках определяющим становится принцип интеграции собственно психотерапевтических, психологических, социотерапевтических и биологических воздействий в системе лечения больного. Только учет этой тенденции обеспечит дальнейшее адекватное развитие теории и практики П. как общемедицинской специальности.

Ведущие тенденции развития П. в полной мере отражают общенаучное содержание понятия интеграции. С одной стороны, это тенденция к выделению П. в самостоятельную область медицины, прежде всего из психиатрии, с другой — интегративные тенденции, активное использование в своем становлении не только медицинских, но и психологических, педагогических и других наук, а также интеграция в лечебной практике различных психотерапевтических направлений, подходов, методов и технических приемов.

Основная трудность интегративного движения в П. заключается в особенностях ее развития на современном этапе. В то время как в клинике внутренних болезней, хирургии и других областях медицины дифференциация происходила на базе уже сложившихся в теоретическом и практическом отношениях медицинских дисциплин, в П. она осуществляется в условиях, по сути, лишь начинающейся разработки ее научных основ (методов, механизмов лечебного действия, эффективности и др.).

Не успев оформиться в самостоятельную область медицины, П. практически уже распалась на множество субспециальностей.

С учетом основных факторов П. вне конкретных ее направлений и форм можно выделить формирующиеся модели интегративной П.: гуманистическую, инструментально-интеракционную и инструментально-техническую (Ташлыков В. А., 1992). В гуманистической модели интегративной П. решающим фактором ее действенности может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт— пациент». В инструментально-интеракционной модели предпочтение также отдается не техническим приемам, а использованию взаимоотношений «психотерапевт — пациент» как лечебного инструмента, однако психотерапевт занимает более активную позицию и берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Инструментально-техническая модель П. интегративного типа, по сравнению с предыдущей, характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом П.; в ней существенное значение придается использованию разнообразных технических приемов и методов П. В этом случае с пациентом обсуждаются альтернативные формы лечения, согласовываются цели П. и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты терапии.

Выбор конкретного метода П., постановка и реализация психотерапевтических целей и задач в случае медицинской ее модели определяются взаимовлиянием конкретных клинических показателей больного и болезни, особенностями его личности и других психологических характеристик, уровнем социально-психологической адаптации пациента, синтезированными в многомерном диагнозе, а также структурно-организационной формой проведения П.

Значительное число методов и методик П., разнородные принципы классификации, многозначность понятий затрудняют оценку эффективности ее методов, определение показаний и противопоказаний к П., соотношения П. и других видов лечения. Общепризнанным является применение П. при широком круге расстройств. В первую очередь это касается невротических состояний и других пограничных расстройств психогенной этиологии, некоторых форм психосоматических нарушений, реакций дезадаптации, кризисных состояний. П. применяется также у пациентов с личностными нарушениями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости. Хотя П. используется при широком круге заболеваний, этиопатогенетическое значение она приобретает преимущественно при психогениях, возникновение и течение которых обуславливается психическими (психологическими) факторами. В этой группе заболеваний П. может выступать в виде единственного метода лечения или включаться в систему комплексного лечения.

В русскоязычной литературе все большую популярность в отношении назначения П. завоевывает представление о трех уровнях ее проведения: 1) профессиональная П. осуществляется врачом-психотерапевтом, который является лечащим врачом и самостоятельно ведет пациента; 2) П. как вспомогательный метод может проводиться как психотерапевтом-профессионалом, так и узким специалистом; 3) П. в общей медицинской практике проводится всеми врачами, что позволяет реализовать биопсихосоциальный подход в медицине. Четкое определение уровня проведения П. способствует обоснованному формулированию ее целей и задач, при этом как недооценка, так и переоценка возможностей П. негативно сказываются на эффективности лечения и имидже психотерапевта и психотерапевтической службы.

В академической П. распространена точка зрения о целесообразности разграничения всего многообразия методов психотерапии. При этом, как указывает Ледер, используются такие термины, как сдерживающая и освобождающая, поддерживающая и интегративная, симптоматическая и каузальная, поверхностная и глубинная, познавательная и эмоциональная, механистическая и гуманистическая, динамическая, поведенческая, эмпирическая П. и др.

Не существует единой общепринятой классификации методов П. Попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода П., сделал Александрович (Aleksandrowicz J.W., 1979):

- 1) методы, имеющие характер техник;
- 2) методы, определяющие условия, которые способствуют достижению и оптимизации целей П.;
- 3) методы в значении инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса;
- 4) методы в значении терапевтических интервенций (вмешательств).

Различаются методы П., раскрывающие причины конфликтов, и методы, не раскрывающие их (имеются в виду различные позиции психотерапевтов в отношении неосознанных комплексов и конфликтов). Методы, раскрывающие причины конфликтов, в основном идентичны психоанализу или методам, ориентированным на психоанализ; они предполагают, что важную роль играет бессознательная составляющая личности. Широко распространено разграничение «большой» и «малой» П. К первой относят методы психоанализа и близких к нему школ, ко второй — рациональную П. (беседы с больным), а также способы, основанные на внушении и релаксации. В зависимости от условий, в которых проводится П., и врачебной подготовки психотерапевта различают П., проводимую врачом-специалистом, и П., осуществляемую домашним врачом и интернистом общего профиля; кроме того, различают П., проводимую в амбулаторных условиях, и П., осуществляемую в условиях стационара (последняя

предполагает характерные условия лечения и применение определенных методов воздействия). На практике имеет также значение отличие групповой П. от индивидуальной (Исурина Г. Л., 1995), поскольку каждая из них связана с определенными предпосылками в отношении показаний, подготовки психотерапевта и техники проведения сеансов.

Ни один из существующих методов не является самым лучшим, разные методы преследуют разные цели и применимы не ко всем больным, а к определенным группам пациентов. Их выбор зависит от психотерапевта — от его личности, уровня подготовки и теоретической ориентации.

В отечественной литературе использование понятий метода, методики, формы, приема, техники П. носит преимущественно субъективный характер, что не могло не отразиться на их систематике. Положение ухудшалось слабой информированностью и идеологической ориентацией отечественной П., и поэтому в классификационные схемы не включались многие методы, широко применяемые во всем мире. В. Е. Рожнов (1983) разделял П. на общую и частную, или специальную. Общая П. включает комплекс психических воздействий на больного, направленный на повышение его сил в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию и ятрогению. При этом П. является вспомогательным средством, создающим общий фон, на котором применяются другие виды лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое и пр.). В 1985г. Б. Д. Карвасарский уже подразделял П. на:

- 1) методы личностно-ориентированной П.;
- 2) методы суггестивной П.;
- 3) методы поведенческой (условно-рефлекторной) П.

Несмотря на различные классификационные деления, принято рассматривать П. как симптомо- и личностно-ориентированную. К первой традиционно относят гипнотерапию, аутогенную тренировку, различные виды внушения и самовнушения и др. П., ориентированная на значительные личностные изменения, базируется на основных течениях современной психологии, и соответственно этому выделяются динамическое, поведенческое и гуманистическое направления.

Классификация методов психотерапии по Е.Александровичу: 1) методы, имеющие характер техник; 2) методы, определяющие условия, которые способствуют достижению и оптимизации целей психотерапии; 3) методы в значении инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса; 4) методы в значении терапевтических интервенций (вмешательств).

Различаются методы психотерапии, раскрывающие причины конфликтов, и методы, не раскрывающие их (имеются в виду различные позиции психотерапевтов в отношении неосознанных комплексов и конфликтов). Методы, раскрывающие причины конфликтов, в основном идентичны психоанализу или методам, ориентированным на психоанализ;

они предполагают, что важную роль играет бессознательная составляющая личности.

Для практического применения тех или иных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Волберг различает 3 типа психотерапии: 1) поддерживающая психотерапия, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие; 2) переучивающая психотерапия, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных. Пациент должен научиться лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые конфликты; 3) реконструктивная психотерапия, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (к примеру, гештальттерапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Вербальные и невербальные методы психотерапии. Это деление основано на преобладающем виде коммуникации и характере получаемого материала. Вербальные методы базируются на вербальной коммуникации и направлены преимущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции.

К *вербальным* методам групповой психотерапии обычно относят групповую дискуссию и психодраму, к *невербальным* – психогимнастику, проективный рисунок, музыкотерапию, хореотерапию и др.

Формально разделение методов групповой психотерапии на вербальные и невербальные является оправданным, однако практически любое взаимодействие в группе включает как вербальный, так и невербальный компоненты. Учет и анализ невербального поведения и взаимодействия в процессе использования вербальных методов (например, групповой дискуссии) позволяет более полно и адекватно раскрыть содержание той или иной вербальной коммуникации. В связи с развитием психотерапевтических направлений, основывающихся прежде всего на непосредственных эмоциональных переживаниях, наметилось частичное отождествление термина «вербальный» с терминами «рациональный», «познавательный», «когнитивный» и противопоставление трех последних

понятиям «невербальный», «эмоциональный», «опытный» (в смысле опыта непосредственного переживания).

Разграничение методов групповой психотерапии носит в значительной степени условный характер и целесообразно лишь с точки зрения преобладающего типа исходной коммуникации.

Психотерапевтическое убеждение. Метод наиболее способствующий образованию связи с больным, создает систему их взаимоотношений, оказывающую воздействие на эмоциональную сторону деятельности, на интеллект и личность больного в целом.

Такое воздействие обеспечивает наиболее широкие связи слов, произносимых врачом, с опытом больного, с его представлениями о болезни, жизненными установками и может подготовить его к разумной переработке всего сказанного врачом, может способствовать усвоению слов врача. Пользуясь методом психотерапевтического убеждения, врач может воздействовать не только на представления и взгляды больного на болезнь, но и оказать влияние на качества личности. В этом влиянии врач может использовать критику поведения больного, его неадекватную оценку ситуации и окружающих, но эта критика не должна оскорблять и унижать больного. Он всегда должен чувствовать, что врач понимает затруднения больного, сочувствует и испытывает к нему уважение, стремление помочь.

Неправильное представление о болезни, о взаимоотношениях с окружающими, о нормах поведения формируются у человека годами и для их изменения требуется многократное разубеждение. Аргументы, приводимые врачом, должны быть понятны больному. Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию, необходимо учитывать его реальные возможности, жизненные установки, представление о морали и др. Беседа, проводимая с больным, должна вызывать у него эмоциональную реакцию, содержать элемент внушения, должна быть направлена на активное стимулирование, на перестройку его поведения.

Пользуясь этим методом, врач в доступной для больного форме может сообщить о причинах болезни, механизмах возникновения болезненных симптомов. Для наглядности врач может пользоваться демонстрацией рисунков, таблиц, графиков, приводить примеры из жизни и литературы, но всегда должен учитывать принцип по силе и доступности для больного тех фактов, которые сообщаются.

Если врач использует неизвестный термин или говорит о непонятных закономерностях, то больной может не спросить, что это значит, боясь показать свою неграмотность или некультурность. Разговоры, недостаточно понятные больному, вместо пользы обычно причиняют вред, так как больной, аффективно настроенный к своей болезни, склонен оценивать непонятные слова врача не в свою пользу.

Внушение. Подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощущения,

представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого. Основным средством является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к помощи добавочного раздражителя.

Классификация внушения: внушение как самовнушение; внушение прямое или открытое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное.

В медицинской практике используются соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии, в состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна.

Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и др.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушения наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного В. и убеждение больного в его эффективности. Эффект внушения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью настроения, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

Внушение в бодрствующем состоянии. При этом методе психотерапевтического воздействия всегда имеется элемент убеждения, но решающая роль принадлежит именно внушению. При некоторых истерических расстройствах можно получить терапевтический эффект (однократный). Например, осуществляется внушение в виде приказа: «Откройте глаза! Вы можете все хорошо видеть!» и т. д.

Суггестивные методы. К суггестивным методам относят – разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т. е. вербального или невербального влияния на

человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Внушение может сопровождаться изменением сознания пациента, создания специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности.

Внушаемость – это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаками повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма.

Гипнабельность – это психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т. е. изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний. Этим термином обозначается индивидуальная способность подвергаться гипнотическому воздействию, достигать гипнотического состояния той или иной глубины.

Гипнабельность пациента имеет значение для определения показаний к различным видам внушения. П. И. Буль (1974) отмечает зависимость гипнабельности от внушаемости пациента наяву, особенностей личности пациента, обстановки, в которой протекает сеанс гипнотерапии, опыта врача-психотерапевта, его авторитета и степени владения техникой гипнотизации, а также степени «магического настроя» пациента.

Гипноз – временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Французский невролог Ж. Шарко трактовал гипнотические явления, как проявление искусственного невроза, т. е. заболевания центральной нервной системы, психики. Его соотечественник Бернгейм утверждал, что гипноз – это внушенный сон.

Гипноз рассматривается как частичный сон, в основе которого лежит условнорефлекторный тормозный процесс в корковых клетках. При этом с помощью – рапорта (словесной связи врача с пациентом) можно вызывать разнообразные реакции со стороны организма человека, находящегося в состоянии гипноза. Это возможно потому, что слово благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, приходящими в большие полушария мозга, обо всех их сигнализирует, всех их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают эти раздражения. Раскрыв физиологические механизмы сна, переходных состояний и гипноза, И. П. Павлов дал научное объяснение всем явлениям, которые веками

считались таинственными и загадочными. Учение И. П. Павлова о сигнальных системах, о физиологической силе слова и внушения стало основой для научной психотерапии.

Выделяют три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникает сонливость, при второй – признаки каталепсии – восковая гибкость, ступор (обездвиженность), мутизм, при третьей – полная отрешенность от реальности, снохождение и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Рациональная психотерапия это метод, в котором используется логическая способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность.

В этом рациональная психотерапия противоположна *суггестии*, которая внедряет информацию, новые установки, предписания, минуя критичность человека.

«Рациональной психотерапией я называю ту, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно и именно путем убедительной диалектики» – так определяет рациональную психотерапию Дюбуа. Цель воздействия рациональной психотерапии это искаженная «внутренняя картина болезни», создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний для больного. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, прежде всего касающихся его болезни – основные звенья воздействия рациональной психотерапии.

Изменение неправильных представлений больного достигается определенными методическими приемами. Существенное качество рациональной психотерапии это построение их на логической аргументации, оно прослеживается во всех ее модификациях и отличает ее от других методов психотерапии.

Выделяются различные варианты рациональной психотерапии. При одних пациент подводится к определенному запрограммированному результату, при этом психотерапевт проявляет высокую активность в аргументации, опровергая неправильные доводы больного, побуждая его сформулировать нужные выводы. Большую роль в такой ситуации может сыграть методика сократовского диалога, при которой вопросы задаются таким образом, что предполагают только положительные ответы, на основе которых больной уже сам делает выводы. В рациональной психотерапии также идет обращение к логическому мышлению пациента, значительную роль отводят также отреагированию, поведенческому научению.

Основными формами рациональной психотерапии являются:

1) *Объяснение и разъяснение*, включающие истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом возможных психосоматических связей, до этого, как правило, игнорируемых больными,

не включаемых во «внутреннюю картину болезни»; в результате реализации этого этапа достигается более ясная, определенная картина болезни, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая пациенту возможность более активно самому контролировать болезнь; 2) *убеждение* – коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая переходу к модификации личностных установок больного; 3) *переориентация* – достижение более стабильных перемен в установках: больного, прежде всего в его отношении к болезни, связанное с изменениями в системе его ценностей и выводящее его за пределы болезни; 4) *психагогика* – переориентация более широкого плана, создающая позитивные перспективы для пациента вне болезни.

Гипнотерапия. *Метод психотерапии, использующий гипнотическое состояние в лечебных целях.* Широкое распространение гипнотерапии отражает ее лечебную эффективность при различных заболеваниях.

Основные осложнения при гипнозе это потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипно.

Успех лечения зависит от особенностей личности больного, также имеет значение повышенная внушаемость, подготовленность его к такой беседе, от авторитета врача, от веры в него самого больного.

Гипнотерапия со времен Бреда и по настоящее время для вызывания гипнотического сна пользуется методом словесного внушения и иногда фиксации взора на блестящем предмете, в последующем для большего эффекта стали применять монотонные однообразные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы.

Аутогенная тренировка. *Активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия.* Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика). Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической модели – пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 50-х гг. Лечебное действие Аутогенной тренировки, наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся (Лобзин В. С., 1974).

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по Шульцу): 1) низшая ступень – обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень – аутогенная медитация – создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень, аутогенной тренировки, составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя, «поза кучера» – тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа – тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа – тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Проведение занятия может быть коллективно, по 4-10 человек в группе. До начала тренинга врач проводит разъяснительную беседу, рассказывает об особенностях нервной вегетативной системы, о ее роли и проявлениях в жизни человека. В доступной для больного форме дается объяснение особенностям двигательных реакций и особенно состояния мышечного тонуса в зависимости от настроения. Приводятся примеры мышечного напряжения при различных эмоциональных состояниях. При этом, необходимо, чтобы больной отчетливо усвоил различие между функциями вегетативной нервной системы и анимальной. Он должен понять, что может произвольно совершать движения и не может заставить двигаться желудок или кишечник. Управлять некоторыми вегетативными функциями он должен научиться в процессе аутогенной тренировки.

Тренировки больными проводятся – лежа, полулежа или сидя. В зависимости от заболевания избирается поза тренировки. Аутогенная тренировка требует длительной работы с больными, так как на отработку одного упражнения требуется две недели. Как правило врач встречается с больными два раза в неделю, чтобы проверить, как идет овладение упражнениями, разъясняет и новые. Пациент должен самостоятельно проводить по три занятия в день. После того, как больной овладеет низшей ступенью, можно переходить к направленному самовнушению против болезненных расстройств.

Обычно эффект достигается после многомесячных домашних тренировок. Высшая ступень тренировки помогает больному управлять своими душевными переживаниями.

Аутогенная тренировка может быть показана в тех случаях, в которых необходимо научить быстро истощающегося больного восстанавливать работоспособность, уменьшать или снимать душевное напряжение,

функциональные расстройства внутренних органов и в тех случаях, когда надо научить больного владеть собой. Применяется при заикании, нейродермитах, сексуальных расстройствах, для обезболивания родов, устранения или смягчения предоперационных и послеоперационных эмоциональных наслоений.

Аутогенная тренировка относится к активирующей психотерапии, так как при ее использовании человек сам проявляет активность и имеет возможность убедиться в своих возможностях.

Групповая психотерапия (коллективная). Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях.

Коллективная гипнотерапия была предложена В. М. Бехтеревым. При коллективной гипнотерапии усиливается внушаемость за счет взаимного внушения и подражания. Это необходимо учитывать при подборе группы для проведения коллективной гипнотерапии. Желательно, чтобы среди больных были высокогипнабельные и выздоравливающие, которые бы оказывали на остальных положительное влияние. Применение коллективной гипнотерапии дает возможность реализовать лечебные внушения большинству больных во время одного сеанса. Этот вид психотерапии широко используется и в амбулаторной практике.

Принципиально групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является только психотерапевт.

Музыкотерапия. Психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

Лечебное действие музыки на организм человека известно с древних времен. Первые попытки научного объяснения этого феномена относятся к XVII в., а широкие экспериментальные исследования – к XIX. Большое значение музыке в системе лечения психически больных придавали С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и другие известные русские ученые.

Арт-терапия – *метод психотерапии, заключающийся в использовании искусства как терапевтического фактора.* Значение метода возрастает в связи с повышением роли искусства в жизни современного человека: более высокий уровень образования, культуры обуславливает интерес к искусству.

Вопрос о том, относится ли арт-терапия к трудотерапии или психотерапии, различные авторы решают по-разному, поскольку в арт-терапевтических занятиях сочетаются лечебные воздействия разного рода.

При использовании арт-терапии больным предлагаются разнообразные занятия художественно-прикладного характера (резьба по дереву, чеканка,

лепка, выжигание, рисование, изготовление мозаики, витражей, всевозможных поделок из меха, тканей и др.).

Библиотерапия– *лечебное воздействие на психику больного человека при помощи чтения книг.* Лечение чтением входит как одно из звеньев в систему психотерапии. Методика библиотерапии представляет собой сложное сочетание книговедения, психологии и психотерапии – так определял В. Н. Мясищев.

Начало использования чтения книг с лечебной целью относится к позапрошлому веку термин начал употребляться в 20-е гг. прошлого столетия в США. Определение, принятое Ассоциацией больничных библиотек США, гласит, что библиотерапия – это «использование специально отобранного для чтения материала как терапевтического средства в общей медицине и психиатрии с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения».

Функциональная тренировка. Это вариант психотерапии в бодрствующем состоянии. При лечении больных, которые, например, боятся выходить на улицу из-за страха, что что-то случится с сердцем или они могут внезапно умереть, применяют сложную систему тренировок. Например, постепенно расширяя участок, на котором больной решается совершать прогулки, врач убеждает больного, гуляя с ним вместе или давая ему задание пройти или проехать определенный отрезок пути. При дальнейшей работе используются достигнутые успехи и на них строится усложнение заданий. Этот тренинг следует рассматривать как активирующую и стимулирующую психотерапию. Основная задача психотерапии – восстановление потерянной больным активности, восстановление его способности к полноценной активной жизни, что всегда связано с правильной оценкой человеком своих возможностей. Психотерапевтическая тренировка имеет своей задачей как «непосредственное воздействие на нервную динамику, так и перестройку отношения больного к тренируемым функциям, к себе в целом.

Игровая психотерапия – *изучение детской игры путем наблюдения, интерпретации, структурирования и др. позволило осознать уникальность способа общения ребенка с окружающим его миром.* Таким образом, игра была положена в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, получившего название игровой психотерапии.

Отсутствие у детей вербальных или понятийных навыков в необходимой мере не позволяет эффективно использовать по отношению к ним психотерапию, почти полностью основанную на проговаривании, как это имеет место в психотерапии взрослых. Дети не могут свободно описывать свои чувства, они способны иначе выражать свои переживания, трудности, потребности и мечты

9. Вопросы по теме занятия.

1. Что такое психотерапия? (УК-1)
2. Классификация методов психотерапии по Александровичу (УК-1)

3. Классификация методов психотерапии по Волбергу(УК-1)
4. Вербальные и невербальные методы психотерапии (УК-1)
5. Психотерапевтическое убеждение. (УК-1)

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. К вербальным методам групповой психотерапии обычно относят (УК-1)

- 1.групповая дискуссия**

- 2.хореотерапия
- 3.психодрама
- 4.библиотерапия

- 2.К невербальным методам относят: (УК-1)

- 1.проективный рисунок**

- 2.психодрама
- 3.групповая дискуссия
- 4.психогимнастика

3. Метод наиболее способствующий образованию связи с больным, создает систему их взаимоотношений, оказывающую воздействие на эмоциональную сторону деятельности, на интеллект и личность больного в целом: (УК-1)

- 1.суггестивный метод
- 2.психотерапевтическое убеждение**
- 3.аутогенные тренировки
- 4.библиотерапия

4. Разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т. е. вербального или невербального влияния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям: (УК-1)

- 1.аутогенные тренировки
- 2.суггестивные методы**
- 3.музыкотерапия
- 4.арт-терапия

5. Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях: (УК-1)

- 1.музыкотерапия
- 2.библиотерапия
- 3.коллективная психотерапия**
- 4.аутогенные тренировки

6. Это вариант психотерапии в бодрствующем состоянии. При лечении больных, которые, например, боятся выходить на улицу из-за страха, что что-то случится с сердцем или они могут внезапно умереть, применяют сложную систему тренировок: (УК-1)

1. аутогенная тренировка

2. **функциональная тренировка**

3. коллективная психотерапия

4. арт-терапия

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача 1.

Больной 68 лет. Заболевание развивалось постепенно. Стал вялым, потерял интерес к семейным делам. Утратил такт и приличие: будучи в гостях, полез рукой в кастрюлю, пытаясь извлечь кусок мяса. У родных и знакомых таскал всё без разбору (мыло, крупу и т.д.). Не мылся и не брился, отличался непомерной прожорливостью, съедал еду, оставленную для внучки. Почти не разговаривал. На вопросы отвечал или повторением вопроса или “Убегу в Америку”.

Вопросы для размышления:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача 2.

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала “пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

Вопросы для размышления:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь классифицировать методы психотерапии (УК-1)

13. Примерная тематика НИР по теме

- 1.История возникновения музыкотерапии.
- 2.Аутогенная тренировка. Основные упражнения.
- 3.Игровая психотерапия.

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиот еке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенба ум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	

3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие № 2

1. Индекс : ОД.О.01.1.2 **Тема:** «Клинический подход при выборе психотерапевтического лечения как основного или преимущественного в лечебной практике».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: Иметь представление о клиническом подходе в психотерапии

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать (УК-1)
- учебная: знать, чем обосновать выбор того или иного психотерапевтического метода (УК-1)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

В последнее время в России отмечается все большая интеграция П. в здравоохранение, складываются основные системы оказания психотерапевтической помощи, предусматривающей развитие трех основных форм организации психотерапевтического обслуживания:

- 1) психотерапевтический кабинет,
- 2) психотерапевтическое отделение;
- 3) психотерапевтический центр.

Совершенствование оказания психотерапевтической помощи предполагается на основе разработки специальных медицинских технологий, позволяющих с привлечением гибкой управленческой структуры и координации значительно повысить качество психотерапевтического обслуживания, преодолеть свойственную организации П. раздробленность и дезинтегрированность учреждений и врачей, оказывающих психотерапевтическую помощь (Назыров Р. К., 1995; Ереско Д. Б., Кондинский А. Г., 1995). Однако системы последней нуждаются в хорошо подготовленных специалистах. Для этого в 1995 г. (впервые в России) Федеральным центром по П. Министерства здравоохранения были разработаны требования к образовательному стандарту, определяющему минимальные сроки установленных видов подготовки и супервизии, с переходом в системе образования психотерапевтов от преимущественно информационного обучения к более совершенным формам: навыковое обучение; обучение на уровне клинического применения П.; обучение, учитывающее индивидуальные особенности личности психотерапевта.

Достижения психотерапевтической науки очевидны. В качестве наиболее важных событий для России в области П. последних двух десятилетий можно отметить преодоление собственной ограниченности и начало активного сотрудничества с психотерапевтическими центрами многих стран. В деятельность российских психотерапевтов практически в полном объеме вошли все известные в мировой П. методы и подходы; активно совершенствуется психотерапевтическая наука, намечаются первые и вполне

отчетливые шаги в развитии других (кроме Санкт-Петербургской) школ П., с собственной методологией и практикой. Несомненным успехом в области П. явилось введение в конце 90-х гг. преподавания П. и медицинской психологии в медицинских вузах, движение к совершенствованию П. за счет использования при оказании психотерапевтической помощи бригадных форм работы с участием врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Важным событием стало и возникновение большего числа профессиональных сообществ врачей-психотерапевтов. Ближайшими задачами являются дальнейшее развитие образования в области П., введение барьера для проникновения в П. неподготовленных специалистов, создание условий для сотрудничества между представителями врачебной и психологической П., для серьезных и фундаментальных разработок в П. и смежных с ней научных областях.

Психологические методы воздействия в психотерапии включают в первую очередь языковое общение, которое, как правило, реализуется во время специально организованной встречи психотерапевта с пациентом или группой пациентов. Большое значение уделяется и средствам невербальной коммуникации. В общем виде в психологический инструментарий психотерапии входят такие средства и формы воздействия, которые могут влиять на интеллектуальную деятельность пациента, на его эмоциональное состояние и поведение.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Медицинская и психологическая модели психотерапии. (УК-1)
2. Цели, задачи и методы психотерапии. (УК-1)
3. Критерии клинического выбора метода психотерапии(УК-1)

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. Какие методы относятся к гуманистическим методам психотерапии:

- 1.эгопсихология, реконструктивная психотерапия.
- 2.гештальт-терапия, экзистенциальные- правильный ответ
- 3.психоанализ, неопсихоаналитические направления Юнга.
- 4.когнитивные, функциональные.

2. Что входит в модель медицинской психотерапии:

- 1.решение проблем межличностного взаимодействия.
- 2.оказание помощи в условиях адаптации.
- 3.манипулирование человеком или группой людей.
- 4.лечения пограничных состояний, в наркологии при терапии некоторых форм зависимостей- правильный ответ

3. Общая цель всех видов психотерапии:

- 1.помочь пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливым и продуктивным- правильный ответ

- 2.помочь пациентам изменить своё будущее.
- 3.помочь пациентам изменить своё поведение.
- 4.помочь пациентам адаптироваться в социуме.

4. Какое определение психотерапии по С. Кратохвила является верным:

- 1.Психотерапия- это такой способ пребывания с другой особой, который способствует здоровым изменениям и облегчает развитие.
2. Психотерапия – это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами- правильный ответ
- 3.Психотерапия - это использование психологических знаний для лечения разных болезней. Или - использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма.
4. Психотерапия - это метод лечения психических и соматических расстройств, вызванных неразрешимыми интрапсихическими осознанными или неосознанными конфликтами, требующими от пациента участия и совместной работы, желания и умения завязывать контакт, способность наладить психотерапевтические отношения, которые делают возможным существование психотерапевтического процесса, в котором основным способом коммуникации является речь.

5.Какое определение П. Шнейдер является верным:

- 1.Психотерапия - это метод лечения психических и соматических расстройств, вызванных неразрешимыми интрапсихическими осознанными или неосознанными конфликтами, требующими от пациента участия и совместной работы, желания и умения завязывать контакт, способность наладить психотерапевтические отношения, которые делают возможным существование психотерапевтического процесса, в котором основным способом коммуникации является речь- правильный ответ
2. Психотерапия - это использование психологических знаний для лечения разных болезней. Или - использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма.
3. .Психотерапия- это такой способ пребывания с другой особой, который способствует здоровым изменениям и облегчает развитие.
4. Психотерапия – это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами.

6. К механизму совладания относится следующий способ реагирования личности:

1. Рационализация.
2. Вытеснение.
3. Проекция.
- 4.Сотрудничество- правильный ответ

7. К когнитивному механизму совладания относится:

- 1.Компенсация.
- 2.Сотрудничество.
- 3.Оптимизм.
- 4.Проблемный анализ- правильный ответ

8. К поведенческому механизму совладания относится:

- 1.Религиозность.
- 2.Проблемный анализ.
- 3.Альтруизм- правильный ответ
- 4.Агрессивность.

9. Действие психологических механизмов совладания направлено на:

- 1.Смягчение психологического дискомфорта.
- 2.Ослабление отрицательных переживаний, связанных с конфликтом.
- 3.Вытеснение из сферы сознания в область подсознания травмирующих переживаний.
- 4.Разрешение психотравмирующей ситуации- правильный ответ

10. Наиболее существенным понятием в теории личности К.Роджерса является:

- 1.Стремление к успеху.
- 2.Процесс индивидуации.
- 3.Актуализация "Я"-правильный ответ
- 4.Экстернальность и интернальность.

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов - не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь обосновать выбор метода психотерапии (УК-1)

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Медицинская и психологическая модели психотерапии.
2. Психодинамические методы ПТ
- 3.Гуманистические методы.
- 4.Педагогическая модель.
- 5.Философская модель.
- 6.Социальная модель.
- 7.Электическая модель.

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиот еке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенба ум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академичес кий проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А.	М. : Академичес кий проект,	25	

		Ребеко	2015.		
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие № 3

1. Индекс : ОД.О.01.1.3 **Тема:** «Зачатки психотерапии в древнем мире (храмовая медицина Древней Греции, оккультные практики в Древнем Египте и др».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: Иметь представление об истории психотерапии

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать (УК-1)

- учебная: знать истоки психотерапии (УК-1)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Сведения о народной психотерапии в этот период развития человечества весьма скудные, возможно судить лишь о ее особенностях у народов, живших в странах, где зародились очаги цивилизации.

Исходя из сохранившихся письменных документов, можно считать, что одним из ее главных источников служили: “Сказки, мифы, басни, притчи и пр., которые наряду с художественной ценностью, являлись средствами народной педагогики и народной психотерапии, ими люди пользовались, чтобы помочь себе, когда еще не было научной психотерапии” (Пезешкян Н. Восточные истории и психотерапия. - М., 1992 - С..20) .

Средиземноморье. **Античные греки и римляне** придавали огромное значение слову как могущественному средству воздействия на человека и его психику. Убедительным доказательством этому служит “Похвала Елене”, написанная греческим философом Горгием Леонтийским (106-43 до н.э.). В ней содержатся следующие высказывания: “Слово есть великий властелин, который, обладая весьма малым и совершенно незаметным телом, совершает чудеснейшие дела, ибо оно может и страх изгнать, и печаль уничтожить, и радость вселить и сострадание пробудить”.

Исцеляющая сила слова широко использовалась в народной психотерапии. Легендарный народный мудрец Эзоп, живший в VI веке до н.э., создал свыше 500 басен. Многие из них имеют и психотерапевтическую направленность - учат людей преодолевать страх, бороться с пагубными привычками, правильно оценивать свое поведение и поступки. К примеру, в басне “Человек и лиса” говорится об опасном неумении гасить гнев: “Один человек лютой ненавистью возненавидел лису за то, что она портила его посевы. И, когда поймал ее, то в гневе принял решение: казнить ее страшной казнью - привязать к ее хвосту паклю, полить маслом и поджечь. Но злой рок погнал лису прямо на поле хозяина, и пришлось ему горько плакать, что ни единого зерна не осталось”.

Знаменитый психотерапевт М. Эриксон в своей практике широко использовал басню Эзопа “Борей и Солнце”, цель которой - побудить людей верить в силу разума. Борей и Солнце спорили, кто сильнее. Победить должен был тот, кто заставит человека раздеться в дороге. Борей подул, и человек запахнул на себе одежду. Он дул сильнее, но человек замерз и еще плотнее кутался в свои одежды. Борей устал и уступил человека Солнцу. Солнце стало сначала слегка пригревать, человек принялся снимать с себя все лишнее. Тогда Солнце припекло сильнее: человек не выдержал жары, разделся и побежал купаться в ближайшую реку. Таким образом, басня показывает преимущество рационального подхода к решению жизненных проблем.

Народами **древней Греции и Рима** созданы многочисленные мифы-сказания о легендарных героях, богах и происхождении явлений природы. Среди них и мифы, побуждающие людей к повышению своих психофизических возможностей. Мифы об Антее, Геракле, Зевсе и других древних героях используют и в современной психотерапии. Так, для представления процесса “зарядки организма” жизненной энергией, психотерапевты рекомендуют пациентам представить образ Антея - древнегреческого великана, который был непобедим, пока соприкасался с матерью-землей. Мифы сочиняли, в основном, бродячие певцы и поэты - аэды и исполняли их под аккомпанемент струнного инструмента кифары. За более чем 800 лет до н.э. один из древнегреческих аэдов – Гомер, описывая в поэме “Илиада” вмешательство богов в жизнь людей, учил современников преодолевать трудности, сложные ситуации, правильно общаться друг с другом. Творчество аэдов, переходя из поколения в поколение, обогащалось новыми поэтическими произведениями, народными историями, шутками и анекдотами. Любопытно, что многие из анекдотов, обладающие психотерапевтическим, за счет юмора, воздействием, вошли в состав древнегреческого сборника “Филогелос” (“Любитель смешного”), изданного АН СССР. В нем содержится ряд анекдотов, которые рассказывают и в современном обществе. Например, к врачу пришел больной с просьбой помочь ему избавиться от неприятных ощущений, возникающих после пробуждения. Пациент пожаловался врачу: “Когда я проснусь, то еще полчаса у меня темно в глазах. Что делать?”. Врач ответил: “Проблема эта легко решается... просыпайтесь на полчаса позже”. Болтливый цирюльник спросил шута: “Как Вас постричь?” - “Молча!” - ответил тот.

Кельты (галлы). **Кельтские племена** обитали на обширной территории Западной Европы до покорения ее римлянами и германцами в начале нашей эры. У кельтов был высокий уровень культуры, своя письменность. Свидетельствуют об этом не их исторические документы, а книга римского императора и полководца Гая Юлия Цезаря, его “Записки о галльской войне”. Манускрипты и священные книги жрецов-друидов, которые были безжалостно уничтожены религиозными фанатиками, боровшимися с язычеством и идолопоклонством. Кельты обожествляли природу во всех ее проявлениях и свято верили в возможность передачи энергии от деревьев к людям. Для повышения жизненного тонуса, преодоления недугов они обхватывали ствол дерева и образно представляли процесс вхождения в организм целебных сил природы. В наше время применяется модифицированный вариант “кельтского приема” - его рекомендуют и активно используют натуропаты.

Многие латинские пословицы, появившиеся в **Римской империи**, не утратили своего психотерапевтического действия и в современном мире. Например, “Пока дышу, надеюсь” (*Dum spiro, spero*), “В здоровом теле - здоровый дух” (*Mens sana in corpore sano*), “О вкусах не спорят” (*De gustibus non disputandum*), “Человеку свойственно ошибаться” (*Errare humanum est*),

“Мудрец всегда счастлив” (Sapiens semper beatus est), “Слова волнуют, примеры увлекают” (Verba movent, exempla trahunt), “Здоровье – наивысшее благо” (Valetudo bonum optimum).

Восточно-азиатские страны. В древние времена успешно развивалась народная психотерапия **в Китае, Индии и Тибете**. До нас дошли письменные источники, свидетельствующие о широком применении аутопсихотерапии еще за 4 тысячи лет до нашей эры.

Китайская народная психотерапия. Преимущественно ориентировалась на применение психофизических приемов, улучшающих эмоциональное состояние и повышающих жизненный тонус. Сохранились документы, в которых рассказывается о возникновении иглотерапии и точечного самомассажа, применяемого с ауто- психотерапевтической целью.

Около 50 столетий назад в Китае правил император Фу Си, человек весьма образованный и умный. У одного из его слуг сильно болела голова, и ничто не помогало снять боль. Но однажды, работая в поле, человек ударил себя камнем по ноге, и головную боль сняло как рукой. Узнав об этом, и другие подданные императора стали бить себя камнем по ноге при головной боли. Весть об этом дошла и до Фу Си, который также был подвержен приступам головных болей. Убедившись на собственном опыте в эффективности такого способа лечения, он рекомендовал использовать его при болях другой локализации. В последствии император предложил использовать вместо камней специальные иголки, изготовленные из кремня или кварца. Позже его последователи рекомендовали применение точечного самомассажа, получившего широкое распространение в народе. Приблизительно в тот же исторический период зародилась методика дыхательной гимнастики - цингунляофа, вариант китайской психофизической гимнастики, основанной на имитации релаксационных движений животных.

Индо-тибетская народная психотерапия. Ее многовековая история, прежде всего, связана с учением йогов и является по своей сути системой самовоспитания духа, тела и разума. В основе ее лежат релаксационные и мобилизующие приемы, выработанные народной практикой на протяжении тысячелетий. В пользу мнения о том, что жрецы - создатели системы йогов использовали народный опыт, свидетельствуют фольклорные источники и историко-этнографические исследования особенностей индо-тибетской медицины и педагогики. Многие позы, входящие в систему хатха-йоги, были разработаны на основе наблюдений за поведением животных и птиц в моменты их отдыха, максимального расслабления мышц или мобилизации сил. Все это нашло отражение в названиях - поза льва, кобры, вороны, рыбы, кузнечика и др.

В Индии и других восточно-азиатских странах с незапамятных времен существует пословица, свидетельствующая об умении людей самостоятельно регулировать эмоциональные состояния путем изменения ритма и темпа

дыхания: “Душа (прана) - основа бумажного змея, а легкие - веревка, управляющая его полетом”.

Следует согласиться с мнением В.Т. Кондрашенко и Д.И. Донского, авторами учебного пособия “Общая психотерапия” (Минск, 1997 г.), которые полагают, что первоисточником медитативных техник, в том числе и системы йогов, были не религиозные культуры, а народный опыт по психотерапевтическому самовоздействию.

Бесценным наследием великой индийской культуры является “Махабхарата” - огромное собрание легенд и эпических сказаний, сюжеты которой, главным образом, имеют фольклорное содержание. Некоторые места этого грандиозного произведения, состоящего из 18 книг, поражают своим психотерапевтическим подходом. К примеру, “Кто себя победил, тот сам себе союзник, кто же собой не владеет, тот, враждуя, себе враждебен”.

Страны ближнего Востока. Письменные сведения об особенностях аутопсихотерапии у народов, проживавших в очагах зарождения древних цивилизаций, весьма скудные.

В Библии и других священных древнееврейских книгах, аккумулирующих народную мудрость, описаны многочисленные притчи царя Соломона. В них содержится огромное количество мудрейших советов, которые не утратили актуальность и в наше время, так как они учат преодолению жизненных невзгод и психотравмирующих проблем, укреплению духа и антистрессовому воспитанию. Например, “Кроткий ответ отвращает гнев, а оскорбительное слово возбуждает ярость” (Пр. 15.1), “Кто ожесточает сердце, тот попадает в беду (Пр. 28, 14), “Кроткое сердце – жизнь для тела, а зависть – гниль для костей его” (Пр. 14, 30), “Отойди от человека глупого, у которого ты не замечаешь разумных уст” (Пр. 10, 7) и др.

У евреев еще в глубокой древности, как и у многих других народов, было принято рассказывать о своих тяжелых душевных переживаниях священнослужителю или мудрому человеку, выполнявших функции психотерапевта, и выслушивать их рекомендации о путях преодоления психотравмирующей ситуации. Советы часто сопровождались библейскими историями и притчами, усиливавшими их значимость. В результате эмоциональной разрядки состояние улучшалось, совершенствовалось умение противостоять психотравмирующим событиям, повышалась стрессоустойчивость. Эта форма психологической помощи применяется и в наше время, особенно широко в странах Востока, являясь “эффективной рациональной и катарсической народной психотерапией” (А. Атанасов). В древнем мире использовалась и целебная сила музыки, в Библии упоминается о том, что будущий царь Израиля Давид игрой на музыкальном инструменте снимал эпилептические припадки у страдавшего ими царя Саула.

Древнеегипетские папирусы содержат подробные данные о технике гипнотизации, применявшейся жрецами. Ведущее место в методике погружения в гипнотическое состояние занимает прием, основанный на

фиксации взгляда на блестящем предмете, который используется в ряде вариантов самогипноза и в современной технике гипноза. **Древний Египет** является родиной ароматерапии, применяемой для улучшения эмоционального состояния. Душистые вещества, ароматические благовония часто использовались египтянами одновременно с гидротерапией или массажем с втиранием эфирных масел. Сохранились манускрипты с описанием методики физических упражнений, которые расцениваются учеными как физиологически и психологически обоснованные. Ряд этих упражнений вошел в состав психофизической гимнастики, которая применяется с аутопсихотерапевтической целью и способствует оптимизации деятельности нервной системы.

Древние ассирийцы, проживавшие в Месопотамии, широко использовали в своей лечебной практике пассы, бесконтактный массаж. Легенда гласит, что научила ассирийцев биоэнергетическим воздействиям богиня Бау, обладавшая экстрасенсорным даром.

Знаменитый древнегреческий историк Геродот, живший за 400 лет до нашей эры, описал интересный народно-психологический способ лечения, который он наблюдал в Месопотамии. Больного выносили на рыночную площадь, многие люди подходили к нему и давали советы, как победить недуг на основании собственного опыта или наблюдений за теми людьми, которые исцелились от аналогичного недуга.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Зачатки психотерапии Древней Греции и Рима. (УК-1)
2. Зачатки психотерапии в странах Ближнего Востока (УК-1)
3. Зачатки психотерапии в Древнем Египте. (УК-1)
4. Китайская народная психотерапия. (УК-1)
5. Народная психотерапия в Индии. (УК-1)

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. ЧТО ИСПОЛЬЗОВАЛИ АНТИЧНЫЕ ГРЕКИ И РИМЛЯНЕ ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ПСИХИКУ?
А) магию
Б) слово
В) музыку
Г) медитативные техники
2. КОМУ ЕВРЕИ РАССКАЗЫВАЛИ О СВОИХ ДУШЕВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЯХ?
А) священнослужителю
Б) родственникам

- В) старейшинам
- Г) правителю

3. НА ЧТО ОРИЕНТИРОВАЛАСЬ КИТАЙСКАЯ НАРОДНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ?

- А) на народную мудрость
- Б) на бесконтактный массаж
- В) на применение ароматерапии
- Г) на применение психофизических приемов, улучшающих эмоциональное состояние и повышающих жизненный тонус**

4. РОДИНА АРОМАТЕРАПИИ:

- А) Древний Рим
- Б) Китай
- В) Древний Египет**
- Г) Индия

5. КАКОЙ ЗНАМЕНИТЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ В СВОЕЙ ПРАКТИКЕ ПОЛЬЗОВАЛСЯ ОПЫТОМ АНТИЧНЫХ ГРЕКОВ И РИМЛЯН?

- А) К.Г.Юнг
- Б) А.Адлер
- В) М.Эриксон**
- Г) З.Фрейд

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. «Ее многовековая история, прежде всего, связана с учением йогов и является по своей сути системой самовоспитания духа, тела и разума. В основе ее лежат релаксационные и мобилизующие приемы, выработанные народной практикой на протяжении тысячелетий».

О какой психотерапии идет речь?

На основе чего были разработаны многие позы Йоги?

Ответ: Индо-тибетская народная психотерапия. На основе наблюдений за поведением животных и птиц в моменты их отдыха, максимального расслабления мышц или мобилизации сил.

2. «Душистые вещества, ароматические благовония часто использовались одновременно с гидротерапией или массажем с втиранием эфирных масел. Сохранились манускрипты с описанием методики физических упражнений, которые расцениваются учеными как физиологически и психологически обоснованные».

О терапии какого народа идет речь?

Чем стали полезны данные техники в будущем?

Ответ: Терапия Древних египтян. Ряд этих упражнений вошел в состав психофизической гимнастики, которая применяется с аутопсихотерапевтической целью и способствует оптимизации деятельности нервной системы. По сей день также, используется ароматерапия, массаж, т.е. все то, что использовали египтяне.

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь обосновать выбор метода психотерапии (УК-1)

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Слово как средство воздействия на человека и его психику.
2. Храмовая медицина Древней Греции.
3. Оккультные практики в Древнем Египте.

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиот еке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и	Г. В.	Ростов н/Д	25	

	психотерапия : исцеление души и тела	Старшенбаум	: Феникс, 2016.		
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие № 4

1. Индекс : ОД.О.01.1.4 **Тема:** «Роль отечественных ученых в развитии современной психотерапии ».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: Иметь представление о вкладе отечественных ученых в развитие психотерапии

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать (УК-1)
- учебная: знать историю отечественной психотерапии (УК-1)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

В последние десятилетия XX века психотерапия, психологическое консультирование в нашей стране получают широкое масштабное распространение, количество научных работ в области истории этого вида научной практики до сих пор весьма незначительно. При этом их тематика касается истории отдельных направлений и методов психологической помощи (например, гипнотизм, психоанализ, психогигиена), однако отсутствует целостное рассмотрение данного вопроса. В современной русскоязычной учебной литературе по психотерапии можно найти в основном информацию о развитии наиболее значимых психотерапевтических направлений в Западной Европе и в Соединенных Штатах Америки («Основы психотерапии» Л.Ф. Бурлачук И.А. Грабская, А.С. Кочарян, «Основные направления современной психотерапии», В.Т. Кондрашенко «Общая психотерапия и др.), так что складывается обманчивое впечатление, будто в России вплоть до конца XX века практики психологической помощи вовсе не существовало.

Предварительный содержательно-хронологический анализ психотерапевтических направлений и методов, применявшихся на территории Российской империи в XIX—XX вв., показал, что в развитии практики психологической помощи в нашей стране можно выделить четыре периода. Они характеризуются такими критериями, как интенсивность развития и разнообразие научно-практической деятельности в области психотерапии. Некоторая условность хронологических границ того или иного периода связана с невозможностью привязать их к конкретным событиям и датам.

I период: конец XIX — первая четверть XX вв. В русской духовной культуре, философии и литературе можно найти много идей, направленных на утешение и поддержку человека в страданиях. Например, в 1893г. священник, магистр богословия Г. Дьяченко выпустил сборник «Христианские утешения несчастных и скорбящих, испытывающих бедность, болезни, потери родных и близких сердцу, житейские неудачи, злоречия, разочарования в жизни, мучительную борьбу с грехом и страстями, с религиозным сомнением, со страхом смерти и многие другие телесные и духовные скорби и страдания. Однако в данном очерке мы не будем рассматривать существовавшие предпосылки оказания психологической помощи. За начало психотерапии в России мы условно примем конец XIX в., когда термин «психотерапия» появился в мировой практике лечения нервных болезней и вошел в ее обиход. (Этот термин впервые был употреблен в 1872г. Д.Х. Тьюком в книге «Иллюстрация влияния разума на тело», где определялся как терапевтическое действие, которое дух пациента мог иметь в отношении тела пациента благодаря влиянию врача.) Соответственно, первый период, когда в России происходило зарождение и формирование практики психологической помощи, свободной от политического давления и опирающейся на весь предшествовавший опыт развития отечественной и мировой научной, культурной и духовной мысли, начался в 70х гг. XIX в. За последующие три десятка лет психотерапия выделилась из психиатрии и невропатологии, определилась в сферах приложения, обрела собственное имя; стали появляться учреждения, специализирующиеся на оказании психотерапевтической помощи, увеличивалось количество специализированных публикаций и изданий, в частности, появился журнал «Психотерапия (Обозрение вопросов психического лечения и прикладной психологии)», выпускавшийся с 1910г. В издании «Реальная энциклопедия практической медицины: медико-хирургический словарь для практикующих врачей» появляется одно из первых определений термина «психотерапия» в России: «Под психотерапией понимают лечение воздействием на психику. Ее не всегда можно строго отграничить от других способов лечения, так как и последние часто оказывают большое влияние на психику больного. Так, например, алкоголь, бром, морфий и многие другие наркотические средства влияют на психику. Точно так же на нее воздействуют и физические методы лечения, например, массаж, фарадизация кисточкой и т.п. Но все эти воздействия не относятся к психотерапии, так как при них влияние на психику происходит не непосредственно, а только в зависимости от физического или химического воздействия». Показания к психотерапевтическому лечению были достаточно разнообразны: истерия, неврастения и легкие психопатические расстройства, состояние угнетенности, патологические настроения, неврозы страха, навязчивые идеи, половые извращения; также психотерапия применялась при лечении алкоголизма и в качестве дополнения к лечению при органических заболеваниях. Первым методом научной психотерапии стал гипноз,

интенсивное изучение и разработка которого велась в Западной Европе, прежде всего во Франции, где с ним и познакомились отечественные ученые. В России развитие учения о гипнозе как лечебном методе связано с именем В.М. Бехтерева, который в 1884г., по возвращении на родину после стажировки в парижском госпитале Сальпетриер у Ж. Шарко, добивался снятия официального запрета на применение гипноза. На основе суггестивного метода В.М. Бехтеревым также были разработаны методы внушения, косвенного внушения, самовнушения, коллективного внушения и отвлекающей психотерапии, описанные им в книге «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение». Помимо В.М. Бехтерева, изучением теоретических и практических аспектов применения гипноза в лечебных целях занимались В.Я. Данилевский, А.А. Токарский, их ученики и последователи. Несмотря на широкое распространение метода гипноза в России, в 1924г. НКЗ РСФСР выпустил ограничительную инструкцию по его применению, разрешавшую гипнотизирование только с лечебной целью и только врачам-специалистам в обязательном присутствии медицинского работника, либо близкого родственника больного, с подробным отражением в истории болезни пациента и в специальной книге сведений о сеансе. Наряду с применением суггестивных методов в отечественной практике активно использовались приемы рациональной психотерапии, которые описывались как метод «лечения перевоспитанием» с целью укрепления воли и формирования новых ассоциаций. Подчеркивалась важность привития больному с помощью убеждения более высоких нравственных взглядов для укрепления «Я» пациента или переориентации на другие цели и виды деятельности. Отчасти здесь проходит пересечение с другой специфической линией развития в отечественной психотерапии — подходами, обращенными к духовным компонентам личности, возвышающими, одухотворяющими ее посредством воздействия на эмоциональную сферу больного и использования ее в психотерапевтическом процессе. Первым в этом направлении в нашей стране стал метод арететерапии, предложенный врачом внутренних болезней А.И. Яроцким (1908). По его мнению, этические (идеалистические) стороны личности не только обуславливают поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме, поэтому истинная причина любого заболевания находится в глубоких пластах духовной жизни. Сюда же можно отнести и начала библиотерапии, связанной с именами И.Е. Дядьковского, П.П. Должникова, Н.А. Рубакина, И.З. Вельвовского. По мере развития психотерапевтического знания рациональную психотерапию, или убеждение, стали применять, ссылаясь на швейцарского невропатолога П. Дюбуа, подробно и системно изложившего этот метод в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» в 1912г. полагалось, что это лечение информацией, вступающей в связь и взаимодействие с имеющимися у больного представлениями и позволяющей аргументированно убедить его в ошибках формальной или диалектической

логики, способствующих развитию болезни. Помимо гипноза, еще одним психотерапевтическим методом, пришедшим в Россию из Европы в начале XX века, был психоанализ. Первое применение идей венской школы психоанализа в российской психиатрии относится к 1896г., когда московский врач В.М. Даркшевич использовал катарсический метод Брейера-Фрейда для лечения алкоголизма и нервных болезней. Однако широкую известность в медицинских и гуманитарных кругах психоанализ в России стал обретать с 1904г., когда в Петербурге было выпущено «Толкование сновидений» З. Фрейда. Вплоть до 30х гг. психоаналитические идеи были одной из важных составляющих русской интеллектуальной жизни, не встретив того резкого сопротивления, с которым они сталкивались на Западе. Состоятельные русские пациенты годами проходили психоанализ у специалистов в Вене, Цюрихе и Берлине. Исследователь истории психоанализа в России А. Эткинд отмечает: «В годы, предшествовавшие Первой Мировой войне, психоанализ был известен в России более, чем во Франции и даже, по некоторым свидетельствам, в Германии. В России, писал Фрейд в 1912г., «началась, кажется, подлинная эпидемия психоанализа. Первые русские психоаналитики занимали престижные позиции в медицинском мире, были тесно связаны с литературными и политическими кругами, имели свой журнал, университетскую клинику, санаторий. Уже к 1908г. стало возможным говорить о существовании (по крайней мере, в Москве) устойчивого объединения врачей и психологов, избравших и внедряющих в практику психоаналитические идеи. Однако в целом русская медицина принимала психоанализ настороженно, так как в большинстве своем отечественные психиатры были ориентированы на «физиологический» подход к проблемам души. С 1904 по 1930 гг. книги З. Фрейда, А. Адлера, К. Абрахама, О. Ранка, В. Штекеля систематически переводились на русский язык, но в университетских курсах психиатрии и психологии они редко находили отражение. В.М. Бехтерев, проявляя некоторый интерес к психоанализу, пришел к заключению, что этот метод, требующий такого значительного количества времени, которое дает возможность пройти курс лечения лишь пациентам с очень благоприятными жизненными условиями, далеко уступает психотерапии перевоспитанием и даже внушению (в широком смысле влияния на убеждения и взгляды больного). послереволюционный период психоаналитические идеи Фрейда привлекли внимание нового политического руководства страны. В 1921г. в Москве создана «Психоаналитическая ассоциация исследований художественного творчества», на основе которой вскоре, при поддержке Главнауки и лично Л.Д. Троцкого и Н.К. Крупской, было учреждено Российское психоаналитическое общество (РПО), включающее в себя две секции: медицинскую (М.В. Вульф) и педагогическую (П.П. Блонский). В то же время сформировалось Казанское психоаналитическое общество под руководством А.Р. Лурии. Оказавшись политически ангажированными, отечественные психоаналитики были поставлены перед задачей синтеза идей

З. Фрейда с учением К. Маркса, с одной стороны, и естественнонаучными взглядами И.П. Павлова — с другой, с целью создания единой «подлинно материалистической концепции личности». Но в 1925г. Совет народных комиссаров закрыл часть исследований «в связи с несоответствием результатов работы вложенным средствам». К 1930г. под влиянием различных причин деятельность РПО полностью прекратилась, а психоаналитический метод подпал под негласный запрет. На основе психоанализа в 20е гг. были разработаны приемы катарсической психотерапии: методика репродуктивных переживаний М.М. Асатиани (1926), гипноанализа С.Я. Лившица (1927). Несмотря на кардинальные перемены, происходившие в России в связи с Революцией 1917г. и с Первой Мировой войной, создавшими крайне тяжелую социальную ситуацию в стране, содержательно психотерапевтическая мысль того периода не получила значительных преобразований. Гораздо существеннее для практики психологической помощи оказалось давление на науку нового руководства страны и его идеологическая политика. Поэтому, если в дореволюционный период развитие отечественной психотерапии шло в русле мировых тенденций, занимая достаточно почетные позиции, и в первом десятилетии советской власти это положение дел сохранялось, то к 1930-м гг. дальнейшее развертывание ряда направлений было пресечено. Разрыв связей с западным профессиональным сообществом, слабые позиции отечественной психологической науки не позволили психотерапии сохранить достаточную самостоятельность, вернув ее в лоно психиатрии, получившей к этому времени жесткую психофизиологическую ориентацию.

II период: 30-60е гг. XX в. Б.С. Братусь в книге «Русская, советская, российская психология» приводит фрагмент резолюции, принятой партийной конференцией Государственного института психологии, педологии и психотехники в 1931г.: «Стоит задача разгрома и уничтожения остатков буржуазных теорий, являющихся прямым отражением сопротивления контрреволюционных элементов страны социалистическому строительству и служащих протаскиванию чуждых идей под видом якобы диалектико-материалистических». Не только на педологию повлияло и Постановление ЦК ВКП(б) 1936г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Были закрыты Институты труда, психотехнические лаборатории, разогнаны различные психологические общества, ликвидированы психологические журналы и периодические издания, рассыпаны типографские наборы книг, приготовленных к печати; изымались из библиотек и уничтожались книги, имеющие отношение к педологии, тестологии и ко всему, что так или иначе могло о них напомнить, стали в большом количестве появляться разгромные статьи и брошюры против психологов, а вскоре начались выборочные аресты, высылки, расстрелы. Вектор развития отечественной науки был четко сформулирован на «Павловской сессии» Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), а также на объединенном заседании расширенного президиума

Академии медицинских наук СССР и Пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров (1951), где было объявлено, что вся медицина, педагогика и биология должны опираться на павловское учение. В связи с этим неудивительно, что основная линия становления психотерапии в СССР была связана с «физиологическими» идеями, которые лежали в основе сочетательно-рефлекторной и психо-рефлекторной терапии В.М. Бехтерева и получили широкое развитие в условно-рефлекторной психотерапии, опирающейся на учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности. В 1931г. Павлов открыл при своей лаборатории две специальные клиники — нервную и психиатрическую, где изучал различные формы неврозов и психозов. Условно-рефлекторная теория позволила обосновать методы объяснения, убеждения и суггестивного влияния тем, что они, воздействуя на динамику корковых процессов, изменяют в желаемом направлении сознание пациента, его эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативные и другие физиологические процессы. Значительный вклад в развитие павловской школы в психотерапии внесли К.И. Платонов (1941), В.Е. Рожнов (1953), П.И. Буль (1964) и многие другие. В дальнейшем стало закономерным возникновение новых суггестивных приемов и техник: отрицательное самовнушение по М.Д. Танцюре (1956), мотивированное внушение по Н.В. Иванову (1959), императивное внушение наяву на фоне сильного эмоционального напряжения при заикании по В.М. Шкловскому (1966) и др. Исследовалась практика гипнотизации на расстоянии посредством телефона, телевидения, разрабатывались «сочетанные методы психотерапии», комбинирующие внушение с другими фармакологическими и физиотерапевтическими методами лечения. Ярким примером исторического исследования психотерапии, проведенного «в свете исторических решений ЦК КПСС по идеологическим вопросам, принятых в 1947-1950гг.», является докторская диссертация по медицине Н.В. Иванова «Возникновение и развитие отечественной психотерапии» [Иванов, 1954]. В диссертации указывалось на наличие в зарубежной психотерапии ряда научных заблуждений, отражающих теоретическую слабость, ошибочность методологического подхода и превалирование идеалистических трактовок, и подчеркивались преимущества советской психотерапии, получившей глубокое теоретическое обоснование на основе материалистического учения И.П. Павлова «как высшего этапа в развитии мировой медицинской науки». В 1956г. состоялась первая в Советском Союзе научно-практическая конференция по вопросам психотерапии, целью которой был обмен практическим опытом и научными соображениями советских психотерапевтов [Тезисы..., 1956]. В докладе И.З. Вельвовского «Психотерапия и психопрофилактика в свете нервизма в акушерстве и гинекологии» была представлена периодизация развития отечественной психотерапии, включающая в себя два периода: а) допавловский (в том числе сеченовский), б) павловский (представленный нейродинамическими эволюционно-нервистскими концепциями). В подавляющем большинстве

выступлений на конференции речь шла о применении суггестивных методов, объединяемых с приемами разъяснения и убеждения. При этом К.И. Платонов в своем докладе отметил, что при улучшении теоретического обоснования речевой терапии после Октябрьской революции ее организационная сторона отстает: «Практика проведения врачами речевой терапии, особенно внушений в гипнозе, нередко носит случайный, даже кустарный характер, так как специальной психотерапевтической подготовки наши врачи не получают. Это говорит о необходимости преподавания в медвузах краткого курса общей психотерапии, а в институтах усовершенствования врачей — частных курсов психотерапии по специальностям». В конце 50-х гг. в клинике неврозов Украинского психоневрологического института стал систематически изучаться и применяться метод аутогенной тренировки Шульца, получивший в последующие годы несколько модификаций для применения с различными целями и широко распространившийся в ряде клиник страны. Методом лечения нервных болезней, опирающимся на иные научные идеи и ориентированным на осознание, стала разработанная в 30—40-е гг. В.Н. Мясищевым патогенетическая психотерапия. Ее основные положения как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе положений теории отношений, центральным из которых явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Развиваясь в стенах Психоневрологического института и продолжая исследования, начатые еще под руководством В.М. Бехтерева, эта теория давала требуемые политической ситуацией в науке отсылки к идеям К. Маркса и И.П. Павлова, однако получить более широкое распространение смогла только два-три десятилетия спустя. Можно констатировать, что интеллектуальный потенциал психотерапевтической мысли в этот период сохранялся, но был жестко ограничен научными рамками павловской теории высшей нервной деятельности.

III период: конец 60х — середина 80х гг. XX в. В истории страны на эти годы приходится эпоха хрущевской «оттепели» и брежневского «застоя». Для развития психологии и психотерапевтической практики он стал временем оживления и расшатывания догматизма павловских идей. В середине 60-х гг. начался подъем интереса к психологии, что нашло свое выражение в открытии психологических факультетов в МГУ и некоторых других ВУЗах страны, в основании Института психологии в системе Академии наук (1971), во введении в университетах специализации по медицинской психологии. В 1971г. в составе делегации Американской ассоциации за гуманистическую психологию Москву посетил Стэнли Крипнер; он выступил с докладом в Академии наук СССР, в котором подробно остановился на общих с советской психологией точках зрения и подходах в исследовании сознания и потенциальных творческих возможностей человека. В 1972г. группа членов ассоциации сделала повторный визит в нашу страну, заложив тем самым фундамент будущего

сотрудничества между психологами ассоциации и учеными АПН СССР. Начало тесным контактам с психотерапевтами стран Восточной Европы было положено рабочей группой по психотерапии, созданной на Первом международном симпозиуме социалистических стран по психотерапии, который состоялся в Праге в 1973г. Активное межинститутское научное сотрудничество с польскими, чешскими и немецкими психотерапевтами оказало большое влияние на дальнейшее развитие психотерапии в нашей стране. И хотя в учебниках по психотерапии того времени по-прежнему в качестве основных методов были представлены гипноз и рациональная психотерапия (в том числе в форме коллективной психотерапии), а также критическое рассмотрение психоанализа, однако приводились и другие: аутогенная тренировка, каузальная психотерапия, психоортопедия, или функциональная тренировка. В начале 1970-х гг. на основе патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева его учениками Б.Д. Карвасарским, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Весьма своеобразными в общей логике развития отечественной психотерапии выглядят методы, относимые к поведенческой психотерапии, — такие как, например, имаготерапия (психотерапевтический метод тренировки больного в воспроизведении определенного комплекса характерных образов с лечебной целью, предложенный в 1966г. И.Е. Вольпертом в качестве метода лечения пограничных нервно-психических расстройств и способа реабилитации больного через его личностное развитие) или метод, разработанный Ю.А. Скроцким (1978) для работы с подростками, страдающими психопатией, и получивший название «психотерапия увлечениями», или «хобби-терапия». Методика эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова (1979) опирается на идею о саногенном воздействии стресса и адресуется как к сознанию больного, так и к сфере его предсознательного и психического бессознательного. Ее цель — подтолкнуть больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть, а в ряде случаев и радикальное изменить отношение к себе, своему болезненному состоянию и окружающей микро- и макросоциальной среде с помощью укрепления и выработки идейных позиций и интересов. Практическим выражением концепции эмоционально-стрессовой психотерапии Рожнова стал метод, разработанный в 80-е гг. М.Е. Бурно, — терапия творческим самовыражением. Стоит также упомянуть о методах арттерапии, использующихся в России с 1970-х гг., и о менее известном приеме обращения к эстетическому воздействию природы на человека, возвышающему, гармонизирующему его личность, в методе ландшафтотерапии Л.Н. Лежепековой и Б.А. Якубова (1977). Существенным моментом для отечественной истории психологической помощи стало обращение в конце 70-х — начале 80-х гг. некоторых психологов к практике консультирования и психотерапии. В условиях нехватки опыта, специальной литературы и профессиональной подготовки, при крайне шатких и неустойчивых исходных теоретических позициях возникновение этой

тенденции тем не менее свидетельствовало как о насущной потребности повернуть психологию к нуждам конкретного человека, помощи ему в преодолении жизненных трудностей, так и о выходе психотерапии за рамки медицины. В 1983г. был основан проект советско-американского сотрудничества АГП с АПН СССР, в рамках которого происходил обмен научным опытом и дружественными контактами. К середине 80#х гг. российские специалисты были готовы встретиться с мировой практикой психотерапии. Одновременно Приказом Министерства здравоохранения СССР № 750 от 31 мая 1985г. в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей — должность «88. Врач-психотерапевт».

IV период: середина 80х гг. — настоящее время. Четверть века назад в нашей стране практика психологической помощи в разнообразных формах вошла в повседневную жизнь в виде психологических центров, телефонов доверия, психологических тренингов, психологической работы с детьми, родителями, руководителями, больными и т.п. Ф.Е. Василюк называет этот период «новейшей историей психологии» в России и выделяет в нем три этапа: рождение психологической практики, этап «открытого схизиса» и фаза «интеграции», характерной чертой которой является процесс «академизации» психологической практики. Таким образом, в настоящее время можно говорить о движении к консультативной психологии как самостоятельной отрасли психологии среди других отраслей. При этом «психологическое консультирование» понимается в широком смысле и включает в себя собственно консультирование, психотерапию, психологическую помощь, психокоррекцию, психологические тренинги и др. Этот период начался с таких событий в научной психотерапевтической жизни России, как приезд в Москву В. Франкла, К. Роджерса, В. Сатир, появление новых ассоциаций и объединений психологов (Ассоциация практических психологов, Ассоциация гуманистической психологии, Психоаналитическая ассоциация и др.); библиотеки стали наполняться качественной переводной профессиональной литературой — как классической, так и современной. На протяжении истории психотерапии в России можно проследить отчетливую связь между качественным изменением психотерапевтической практики и сменой социально-политической и идеологической ситуации в стране. Это характерно и для современного этапа. Основное содержание практики психологического консультирования и психотерапии в России сейчас составляют психотерапевтические подходы, возникшие на Западе. Отечественные психологи-практики в большинстве своем как будто не имеют собственной идентичности, живут «чужим умом», переводя З. Фрейда, Ф. Перлза, К. Роджерса «на русский лад». Но если в начале этого периода внешние позитивные примеры психотерапевтической деятельности были необходимы, то сейчас, в фазе «академизации» и попытки консультативной психологии обрести самостоятельность, особенную

важность приобретает объективное представление и оценка идей психотерапии, существовавших в прошлом нашей страны.

Таким образом, по принятым нами содержательно- динамическим критериям в эволюции отечественной психотерапевтической науки и практики можно обозначить четыре периода:

- I. Конец XIX — первая четверть XX вв.: появление психотерапии в России, становление и разноплановое развитие психотерапевтической деятельности.
- II. 30—60-е гг. XX в.: идеологическое ограничение психотерапии — «павловский» период.
- III. Конец 60-х — середина 80-х гг. XX в.: подъем интереса к психологии, появление контактов с западным психотерапевтическим сообществом, возникновение авторских методик психотерапевтической помощи, не опирающихся на идеи И.П. Павлова.
- IV. Середина 80-х гг. XX в. — настоящее время: интенсивное развитие психотерапии, формирование консультативной психологии как отдельной отрасли психологической науки. Историко-психотерапевтическое содержание каждого из выделенных периодов представляется нам заслуживающим отдельного детального изучения.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Охарактеризовать I период: конец XIX — первая четверть XX в. Какие советские ученые ввели вклад в развитие психотерапии в этот период? (УК-1)
2. Охарактеризовать II период: 30-60е гг. XX в. (УК-1)
3. Охарактеризуйте III период: конец 60х — середина 80х гг. XX в. (УК-1)
4. Охарактеризуйте IV период: середина 80х гг. — настоящее время. (УК-1)

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. Г. ДЬЯЧЕНКО ВЫПУСТИЛ СБОРНИК «ХРИСТИАНСКИЕ УТЕШЕНИЯ НЕСЧАСТНЫХ И СКОРБЯЩИХ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ БЕДНОСТЬ, БОЛЕЗНИ, ПОТЕРИ РОДНЫХ И БЛИЗКИХ СЕРДЦУ, ЖИТЕЙСКИЕ НЕУДАЧИ, ЗЛОРЕЧИЯ, РАЗОЧАРОВАНИЯ В ЖИЗНИ, МУЧИТЕЛЬНУЮ БОРЬБУ С ГРЕХОМ И СТРАСТЯМИ, С РЕЛИГИОЗНЫМ СОМНЕНИЕМ, СО СТРАХОМ СМЕРТИ И МНОГИЕ ДРУГИЕ ТЕЛЕСНЫЕ И ДУХОВНЫЕ СКОРБИ И СТРАДАНИЯ

- 1) 1872
- 2) 1893
- 3) 1912
- 4) 1678

Ответ: 2

2. ИМ НАПИСАНА КНИГА «ИЛЛЮСТРАЦИЯ ВЛИЯНИЯ РАЗУМА НА ТЕЛО»

- 1) Г. Дьяченко
- 2) Ф.Е. Василюк
- 3) Д.Х. Тьюк
- 4) К. Рождерс

Ответ: 3

3. ПЕРВЫМ МЕТОДОМ НАУЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СТАЛ

- 1) гипноз
- 2) когнитивная психотерапия
- 3) психоанализ
- 4) экзистенциальная

Ответ: 1

4. ПОД ПСИХОТЕРАПИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1) психологическое консультирование
- 2) лечение воздействием на психику
- 3) лечение лекарственными препаратами
- 4) лечение воздействием на когнитивные функции

Ответ: 2

5. ПАВЛОВ ОТКРЫЛ ПРИ СВОЕЙ ЛАБОРАТОРИИ ДВЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ КЛИНИКИ

- 1) физиологическую и нервную
- 2) психотерапевтическую и нервную
- 3) психиатрическую и психологическую
- 4) нервную и психиатрическую

Ответ: 4

6. ПЕРИОДИЗАЦИЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

- 1) допавловский (в том числе сеченовский), павловский (представленный нейродинамическими эволюционно-нервистскими концепциями)
- 2) сеченовский и допавловский
- 3) нейродинамический и эволюционно-нервистский
- 4) допавловский и лурьевский

Ответ: 1

7. МЕТОДИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В.Е. РОЖНОВА (1979) ОПИРАЕТСЯ НА ИДЕЮ

1) о саногенном воздействии стресса и адресуется как к сознанию больного, так и к сфере его предсознательного и психического бессознательного.

- 2) о саногенном воздействии стресса
- 3) процесс «академизации» психологической практики.
- 4) о саногенном воздействии стресса и адресуется как к сознанию больного, так и к сфере его предсознательного

Ответ: 1

8.Ф.Е. ВАСИЛЮК НАЗЫВАЕТ ЭТОТ ПЕРИОД «НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИЕЙ ПСИХОЛОГИИ» В РОССИИ И ВЫДЕЛЯЕТ В НЕМ ТРИ ЭТАПА: РОЖДЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ, ЭТАП «ОТКРЫТОГО СХИЗИСА» И ФАЗА «ИНТЕГРАЦИИ», ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕСС «АКАДЕМИЗАЦИИ» ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.

1)Конец XIX — первая четверть XX вв.:

2)30—60-е гг. XX в.: идеологическое ограничение психотерапии — «павловский» период.

3)Конец 60-х — середина 80-х гг. XX

4)IV период: середина 80х гг. — настоящее время.

Ответ:4

9.ЭТОТ ПЕРИОД НАЧАЛСЯ С ТАКИХ СОБЫТИЙ В НАУЧНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ РОССИИ, КАК ПРИЕЗД В МОСКВУ В. ФРАНКЛА, К. РОДЖЕРСА, В. САТИР, ПОЯВЛЕНИЕ НОВЫХ АССОЦИАЦИЙ И ОБЪЕДИНЕНИЙ ПСИХОЛОГОВ

1)Конец XIX — первая четверть XX вв.:

2)30—60-е гг. XX в.: идеологическое ограничение психотерапии — «павловский» период.

3)Конец 60-х — середина 80-х гг. XX

4)IV период: середина 80х гг. — настоящее время.

Ответ:4

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов - не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь обосновать выбор метода психотерапии (УК-1)

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Вклад И.П. Павлова в психотерапию.

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академический проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб.	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е.	СПб. : Питер, 2015.	-	

	для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Жидко			
--	---	-------	--	--	--

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, издания	вид	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
					в библиот еке	на кафед ре
1	2		3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела		Г. В. Старшенба ум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования		А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии		Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академичес кий проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта		С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академичес кий проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов		Н. Ф. Калина	М. : Академичес кий проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/ book/ISBN9785970430798.ht		Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкульки	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	ЭБС Консуль тант студента (ВУЗ)	

	ml	на			
--	----	----	--	--	--

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №5

1. Индекс : ОД.О.01.2.1 **Тема:** «Место психотерапевтической помощи в общей системе здравоохранения в Российской Федерации. Нормативно-правовая база организации, развития и оказания психотерапевтической помощи населению РФ».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: Иметь представление об организации психотерапевтической помощи в общей системе здравоохранения в Российской Федерации

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2,
 - учебная: знать профилактику психических расстройств (ПК-3),
 Принципы оказания специализированной помощи (ПК-6), оказание психотерапевтической помощи при чрезвычайных ситуациях (ПК-7), проведение реабилитационных мероприятий, в том числе и с родственниками пациентов (ПК-8, ПК-9), организацию психотерапевтической помощи (ПК-10, ПК-11, ПК-12).

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой самостоятельных психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений (других учреждений) лечебно-профилактической сети. Находящиеся на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), они образуют психотерапевтическую службу, методическое руководство которой осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением Администрации субъекта Российской Федерации. Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической, вместе с которой, а также с другими специализированными службами — кризисной, сексологической и др. образует региональную систему охраны психического здоровья населения.

Основными принципами организации психотерапевтической помощи являются:

- принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание психотерапевтических кабинетов лечебно-профилактических учреждений различного профиля, специализированных Центрах, многопрофильных больницах;

- принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;

- принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

Основными организационными формами психотерапевтической помощи являются психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр; к вспомогательным психотерапевтическим учреждениям относятся кабинеты психологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, психологические консультации, центры психологической реабилитации в структуре здравоохранения, психотерапевтические клубы и «клубы бывших пациентов», психотерапевтические студии.

Психотерапия в России за последние годы получила значительное развитие как самостоятельная медицинская дисциплина и самостоятельная система помощи населению. В становлении психотерапии собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло признание ее в качестве таковой профессиональным психиатрическим сообществом. Психотерапия понимается сегодня в России как медицинская специальность, генетически связанная с погранично

й психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

Пройдя длительный период (в течение более чем 10 лет) активного «импорта» психотерапевтических технологий из зарубежных школ, отечественная психотерапия, поддерживая различные научно обоснованные направления и модели психотерапии, способствующие ее развитию, государственные и не государственные формы организации, сосредоточивает свое внимание на научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности. При этом учитывается специфика традиционных школ отечественной психотерапии, смежных с ней научных дисциплин, а также результаты научных исследований, особенности российского здравоохранения.

С учетом интеграции в отечественную психотерапию методов долгосрочной психотерапии и признания достижений школы динамической психотерапии, а также в связи с тем, что за сравнительно короткое время пребывания пациента в психотерапевтическом отделении (от 1 до 3 месяцев) не удастся в полной мере выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач, психотерапевтическое отделение не может рассматриваться в качестве единственно возможной специализированной и завершающей формы организации психотерапевтической помощи.

Активно создаются так называемые психотерапевтические центры — учреждения, осуществляющие разнообразные виды психотерапевтической помощи, имеющие в своем составе кабинеты, специализирующиеся на проведении сложных видов психотерапии (амбулаторной, групповой, семейной, помощи детям и подросткам), а также дневные стационары и стационарные психотерапевтические отделения. Психотерапевтические центры выступают в качестве третьего звена психотерапевтической помощи. Это учреждения, которые в определенной мере оправдали высказывавшиеся в свое время прогнозы относительно возможности создания психотерапевтических диспансеров со специфическими для психотерапевтической специальности особенностями, представляющие собой учреждения — координатора психотерапевтической работы на определенной территории, создающего предпосылки для адекватного

применения всего комплекса психотерапевтических методов.
Федеральный закон Российской Федерации «О психотерапии»

Глава 1. Общие положения

Статья 14. Учреждения и лица, оказывающие психотерапевтическую помощь

1. Первичную психотерапевтическую помощь оказывают учреждения среднего образования, подразделения Министерства чрезвычайных ситуаций Российской Федерации и другие организации, в штатное расписание которых включены специалисты-психологи, имеющие сертифицированный доступ к оказанию первичной психотерапевтической помощи.
2. Специализированную психотерапевтическую помощь оказывают государственные и частные учреждения, центры и кабинеты, имеющие действующую лицензию на оказание специализированной психотерапевтической помощи, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. Первичную и специализированную психотерапевтическую помощь оказывают лица, имеющие доступ к деятельности в сфере профессиональной психотерапии, оформленный в соответствии со статьей 30 настоящего Федерального закона.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Чем регламентируется оказание психотерапевтической помощи населению? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).
2. Как организована психотерапевтическая помощь? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой:
 1. психиатрических учреждений.
 2. самостоятельных учреждений психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений лечебно-профилактической сети.
 3. психологических учреждений.
 4. нескольких взаимосвязанных медицинских учреждений.
2. Отечественная психотерапия сосредоточивает свое внимание на
 1. научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности.
 2. достижения науки.
 3. специфике зарубежных школ.
 4. методах ближайших наук.
3. Психотерапевтическая служба тесно связана с:

1. педагогической.
 2. психиатрической.
 3. психологической.
 4. медицинской.
4. Психотерапевтические центры выступают в качестве какого звена психотерапевтической помощи:
1. первого.
 2. второго.
 3. третьего.
 4. четвертого.
5. Психотерапия понимается сегодня в России как:
1. Лечение больных средствами психического и медикаментозного воздействия.
 2. Медицинская специальность, генетически не связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.
 3. Медицинская специальность, генетически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.
 4. Лечение больных средствами психического воздействия.
6. Специализированную психотерапевтическую помощь оказывают государственные и частные учреждения, центры и кабинеты, имеющие:
1. диплом о высшем образовании.
 2. сертификат о возможности оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.
 3. действующую лицензию на оказание специализированной психотерапевтической помощи, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации.
 4. документации не обязательны.
- 7.
- Основными организационными формами психотерапевтической помощи являются:
1. кабинеты психологической помощи.
 2. психологические консультации.
 3. кабинеты социально-психологической помощи

4. Психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр.

8. Первичную и специализированную психотерапевтическую помощь оказывают лица, имеющие:

1. Действующую лицензию.

2. Диплом о высшем образовании.

3. Доступ к деятельности в сфере профессиональной психотерапии, оформленный в соответствии со статьей 30 настоящего Федерального закона.

4. Сертификат о возможности оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.

9. В становлении психотерапии собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло:

1. Признание ее в качестве таковой профессиональным психологическим сообществом.

2. Признание ее в качестве таковой профессиональным медицинским сообществом.

3. Признание ее в качестве таковой обществом.

4. Признание ее в качестве таковой профессиональным психиатрическим сообществом.

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача 1.

Женщина решила обратиться за психотерапевтической помощью в связи с бессонницей.

Какие рекомендации Вы дадите женщине по выбору подходящего специалиста?

Задача 2.

Семья решила обратиться за психотерапевтической помощью по поводу развода.

Какие рекомендации Вы дадите семье по выбору подходящего специалиста?

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь организовать ПТ помощь в чрезвычайных ситуациях (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

Уметь организовать реабилитационный процесс пациентам и их родственникам (ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Организация психотерапевтической помощи при землетрясении

2. Реабилитация пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиот еке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенба ум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академичес кий проект ,	25	

			2018.		
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №6

1. Индекс : ОД.О.01.2.2 **Тема:** «Психотерапевтический кабинет при психоневрологическом и наркологическом диспансерах.

Психотерапевтический кабинет в структуре стационарной помощи в общесоматической больнице».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: Иметь представление об организации психотерапевтического кабинета в многопрофильном стационаре и в специализированном диспансере

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2

- учебная: знать профилактику психических расстройств (ПК-3), Принципы оказания специализированной помощи в стационаре (ПК-6, ПК-7), проведение реабилитационных мероприятий, в том числе и с родственниками пациентов (ПК-8, ПК-9), организацию психотерапевтической помощи в диспансере (ПК-10, ПК-11, ПК-12).

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

П. к. является основным структурным подразделением психотерапевтической службы, формой организации психотерапевтической помощи.

В условиях этапной (ступенчатой) психотерапевтической помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами П. к. организуются на базе лечебно-профилактических учреждений, выполняющих функции различных этапов оказания психотерапевтической помощи. П. к. организуются на основании Положения о психотерапевтическом кабинете Приказа Минздрава России от 30.10.95 № 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи" в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных больниц, непосредственно обслуживающих не менее 25 тыс. человек взрослого населения, поликлинических отделений областных (окружных, краевых, республиканских) больниц, психоневрологических диспансеров (диспансерном отделении), в специализированных профильных центрах (отделениях), ведущих амбулаторный прием кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, онкологического, неврологического профиля, центрах ВИЧ-патологии, стационарах мощностью не менее 200 коек.

Первичным звеном психотерапевтической службы являются П. к. территориальных поликлиник, участковых больниц, специализированных лечебно-профилактических учреждений. В задачи П. к. в поликлиниках входит: проведение консультативных мероприятий по направлению участковых врачей и врачей-специалистов поликлиники; отбор для психотерапевтического лечения в условиях П. к. пациентов с неосложненными формами неврозов, другими пограничными состояниями, психических заболеваний в стадии ремиссии и психосоматическими заболеваниями при создании комплексных терапевтических и реабилитационных программ; направление больных для лечения в П. к. психоневрологического диспансера или другого специализированного учреждения. Одновременно с этим П. к. осуществляет внедрение принципов

медицинской деонтологии, психогигиены и психопрофилактики в работу всего персонала лечебно-профилактического учреждения.

П. к. второго звена психотерапевтической помощи традиционно создавались в районных, городских, областных психоневрологических диспансерах. В настоящее время функцию второго этапа психотерапевтической помощи осуществляют специализированные психотерапевтические кабинеты территориального психотерапевтического центра. Они имеют широкую специализацию, оказывают помощь пациентам, направленным из территориальных поликлиник и специализированных лечебно-профилактических учреждений. В П. к. этого уровня в условиях динамического наблюдения осуществляется более тщательная диагностика и дифференциальная диагностика невротических и других форм пограничных состояний, инициальных форм психических заболеваний, лечение психических заболеваний в стадии ремиссии. Здесь же применяются практически все необходимые методы и формы психотерапии больных, страдающих тяжелыми и затяжными формами невротических с выраженными психопатологическими нарушениями, осуществляется поддерживающая психотерапия, мероприятия по ресоциализации и адаптации больных, страдающих другими пограничными состояниями и психическими заболеваниями.

По штатным нормативам Приказа Минздрава России от 30.10.95 № 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи" в П. к. устанавливаются должности медицинского (врач-психотерапевт, медицинская сестра из расчета по одной должности на 25 тыс. взрослого населения) и иного персонала (клинический психолог, социальный работник также из расчета 1 должность на 25 тыс. взрослого населения). П. к. обеспечивает техническую возможность проведения необходимых диагностических и терапевтических мероприятий. Для этой цели материально-техническое оснащение П. к. предполагает наличие специально оборудованных помещений, приборов и аппаратов, медицинского инструментария, предметов ухода за пациентами, медицинской и бытовой мебели (Приказ Минздрава России от 30.10.95 № 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи"). Для деятельности П. к. выделяется три помещения: кабинет для организации приема площадью 14-20 кв. м.; кабинет для индивидуальной психотерапии и групповой психотерапии площадью 30-40 кв. м.; помещение для клинического психолога и социального работника площадью 22-35 кв. м. Оформление помещений проводится с учетом особенностей контингентов больных, психологического воздействия элементов дизайна, создающего непринужденную обстановку, уют и комфорт. Рекомендуется для оформления кабинета использовать картины, декоративные растения, приборы бокового освещения и пр. Целесообразно располагать П. к. в отдельных помещениях, пространственно отдаленных от остальной территории лечебно-профилактического учреждения, на базе которого разворачивается психотерапевтическая служба. Значительно облегчают

организацию психотерапевтического приема отдельные вход и выход, что способствует обеспечению анонимности посещений. В оснащение П.к. входят также аудиокomплекс, диапроектор слайдов с настенным экраном, компьютер с печатающим устройством, мягкие кресла с высокими спинками (15 шт.), психоаналитическая кушетка (кресло-функциональное) и др.

Хорошие условия работы кабинета обеспечиваются такой организацией территории, при которой в П. к. имеется своя приемная комната. Проведение различных мероприятий П. к. в разных помещениях позволяет осуществить пространственное разделение разных форм работы, что значительно увеличивает их эффективность. Собственная приемная комната позволяет пациенту с первых минут пребывания в П. к. настроиться на иной, по сравнению с общемедицинским, характер отношений между посетителями и медицинскими работниками. Созданию общего контекста начала психотерапевтического воздействия помогает специальное оформление приемной комнаты, в которой могут находиться книга отзывов пациентов, завершивших лечение, квалификационные удостоверения психотерапевтов, цитаты, выдержки из популярной психотерапевтической литературы и др. В кабинете приема, в котором начинается общение, заполняется первичная и иная медицинская документация, уточняются ожидания пациента, касающиеся лечения методами психотерапии. Здесь может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации. Переход в другое помещение для проведения индивидуальной и групповой психотерапии подчеркивает смену обычного стиля медицинского врачебного приема на стиль психотерапевтического взаимодействия. Разделение помещения П. к. на кабинет приема и кабинет психотерапевтической работы становится более актуальным при ориентации на современные, гуманистические варианты психотерапии, предполагающие партнерские взаимоотношения между пациентом и врачом-психотерапевтом. Это особенно важно на начальных этапах лечения, когда решается вопрос в выборе модели психотерапии, стиля поведения врача. Наличие отдельного кабинета или зоны для групповых занятий отражает тенденцию современной психотерапии, предполагающую сочетание различных методов и форм воздействия, а в условиях поликлиники способствует также интенсификации лечебного процесса. Представляется важным выделение помещения или специальной зоны для симптоматической психотерапии (суггестивной, поведенческой и др.), которая в силу своей специфичности предполагает усиление терапевтического результата с помощью косвенного внушения всевозможных эффектов (цвето-, аудио- и видеовоздействие и др.).

Такие кабинеты или зоны дополнительно могут быть оснащены цветоустановками, позволяющими менять цвет и интенсивность освещения, стереофоническими аудиосистемами для создания необходимого звукового фона (специально разработанные программы классической и "трансовой" музыки, звуки природы), слайдопроекторами для демонстрации

изображений, видеосистемами. В последнее десятилетие в кабинетах психотерапии находят применение лазерные установки, различные имитационные приборы для кодирования, воздействия на центральную нервную систему. Организация работы П. к. определяется условиями деятельности лечебно-профилактического учреждения, на базе которого он функционирует. Наиболее частой формой организации потока пациентов являются листы самозаписи или талонная система, в некоторых случаях запись осуществляется по телефону. Выделяется время для работы с первичными пациентами и для повторных встреч. Техническую документацию ведет средний медицинский работник. Принятые в поликлинической сети на основании приказа МЗ РСФСР № 903 нормативы приема 2,5 человека в час в настоящее время пересматриваются в сторону увеличения времени приема. Рекомендованное время индивидуального приема составляет 50 мин, с технологическим перерывом 10 мин, групповой и семейной психотерапии - 1,5 часа, с технологическим перерывом 15 мин. Из деонтологических соображений и в целях обеспечения анонимного обращения создается и собственная картотека персональных документов (амбулаторных карт, амбулаторных историй болезни и др.).

Специализированную помощь оказывают П. к., созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений. Например, П. к. в кардиологических диспансерах и центрах специализируются на оказании помощи больным с сердечно-сосудистой патологией, П. к. в гастроэнтерологических центрах - с патологией желудочно-кишечного тракта, П. к. на базе физкультурных диспансеров осуществляют психологическую подготовку спортсменов, в П. к. наркологических диспансеров проводится анонимное лечение зависимости от алкоголя, табака и токсических веществ.

В организации психотерапевтической помощи в настоящее время наблюдаются тенденции к расширению возможностей психотерапевтической и медико-психологической служб путем создания П. к., не входящих в государственные и муниципальные системы здравоохранения. Организация и методика работы традиционных П. к. в учреждениях санаторной сети практически не отличаются от муниципальных. Растет число П. к. в образовательных учреждениях, на промышленных предприятиях и т. п. Разновидностью П. к. на промышленном предприятии являются кабинеты психологической разгрузки, работа которых в большей мере ориентирована на решение психогигиенических задач. Наблюдается увеличение числа П. к. частнопрактикующих врачей. Еще одну современную тенденцию можно проследить на примере объединения П. к. в территориальные психотерапевтические диспансеры и психотерапевтические центры, которые берут на себя функции координации деятельности психотерапевтической службы, и П. к., работающих на базе различных лечебно-профилактических

учреждений. Позитивной стороной процесса интеграции П. к. в центры является возможность оказания более квалифицированной помощи за счет деятельности коллектива психологов и психотерапевтов, а также специализация П. к. и создание, например, детского, подросткового П. к., П. к. для людей пожилого возраста, семейно-супружеской психотерапии, групповой психотерапии и др. В психотерапевтических центрах имеются лучшие условия для повышения квалификации работающих в них.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Чем регламентируется организация психотерапевтического кабинета? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).
2. Каковы цели и задачи психотерапевтического кабинета? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1.
Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой:
 1. психиатрических учреждений.
 2. самостоятельных учреждений психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений лечебно-профилактической сети.
 3. психологических учреждений.
 4. нескольких взаимосвязанных медицинских учреждений.
2. Отечественная психотерапия сосредоточивает свое внимание на
 1. научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности.
 2. достижения науки.
 3. специфике зарубежных школ.
 4. методах ближайших наук.
3. Психотерапевтическая служба тесно связана с:
 1. педагогической.
 2. психиатрической.
 3. психологической.
 4. медицинской.
4. Психотерапевтические центры выступают в качестве какого звена психотерапевтической помощи:
 1. первого.
 2. второго.
 3. третьего.
 4. четвертого.

5. Психотерапия понимается сегодня в России как:

1. Лечение больных средствами психического и медикаментозного воздействия.

2. Медицинская специальность, генетически не связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

3. Медицинская специальность, генетически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

4. Лечение больных средствами психического воздействия.

6. Специализированную психотерапевтическую помощь оказывают государственные и частные учреждения, центры и кабинеты, имеющие:

1. диплом о высшем образовании.

2. сертификат о возможности оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.

3. действующую лицензию на оказание специализированной психотерапевтической помощи, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. документации не обязательны.

7.

Основными организационными формами психотерапевтической помощи являются:

1. кабинеты психологической помощи.

2. психологические консультации.

3. кабинеты социально-психологической помощи

4. Психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр.

8. Первичную и специализированную психотерапевтическую помощь оказывают лица, имеющие:

1. Действующую лицензию.

2. Диплом о высшем образовании.

3. Доступ к деятельности в сфере профессиональной психотерапии, оформленный в соответствии со статьей 30 настоящего Федерального закона.

4. Сертификат о возможности оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.

9. В становлении психотерапии собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло:

1. Признание ее в качестве таковой профессиональным психологическим сообществом.
2. Признание ее в качестве таковой профессиональным медицинским сообществом.
3. Признание ее в качестве таковой обществом.
4. Признание ее в качестве таковой профессиональным психиатрическим сообществом.

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов – не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь организовать психотерапевтический кабинет (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Организация психотерапевтического кабинета в госпитале для ветеранов войн

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (–ы), составитель (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академический проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, издания	вид	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
					в библиот еке	на кафед ре
1	2		3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела		Г. В. Старшенбаум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования		А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии		Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта		С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов		Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html		Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
---	--------------

2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №7

1. Индекс : ОД.О.01.2.3 **Тема:** «Организация внебольничной психотерапевтической помощи».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: Иметь представление об организации внебольничной психотерапевтической помощи

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2

- учебная: знать профилактику психических расстройств (ПК-3),

Принципы оказания внебольничной психотерапевтической помощи (ПК-6, ПК-7), проведение реабилитационных мероприятий, в том числе и с родственниками пациентов (ПК-8, ПК-9), организацию внебольничной психотерапевтической помощи (ПК-10, ПК-11, ПК-12).

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Концепция внебольничной психотерапии и перспективы ее практического применения.

Назыров Р.К., Холявко В.В., Логачева С.В., Сазонов В.Я., Бубнова И.В., Ремесло М.Б., Яковис А.С.

Санкт-Петербургский науно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Центр психотерапии на Басковом (Санкт-Петербург).

Развитие теоретических, практических и организационных предпосылок внебольничной психотерапии определяется все возрастающим значением учреждений частичной госпитализации в системе психиатрической помощи,

что подтверждается в настоящее время результатами проведенных исследований и активной разработкой ряда содержательных тем.

К научным исследованиям, которые можно рассматривать в качестве научно-практических предпосылок для развивающейся концепции внебольничной психотерапии, можно отнести изучение особенностей применения психотерапевтических подходов с учетом благоприятного влияния естественной социальной среды в дневных стационарах (В.М. Воловик, А.П. Коцюбинский, 1976), разработка организационных возможностей применения психотерапии в условиях психоневрологического диспансера (В.Д. Стяжкин и др., 1976), психотерапия в клубах бывших пациентов (М.М. Кабанов, В.А. Гарнис, 1977), сочетание терапии занятостью при проведении амбулаторной психотерапии (Т.И. Савельева, Б.Г. Коган, Л.М. Щеглов, 1982), развитие внедиспансерных форм психиатрической помощи (Б.С. Положий, 1990), специфика применения психотерапии в условиях отделения внебольничной психиатрии (Коцюбинский А.П., 1996), специфика организации и проведения психотерапии в условиях регионального психотерапевтического центра (Б.Д. Карвасарский, Р.К. Назыров, 2005; А.К. Королев, 2008).

При этом следует учитывать общие тенденции развития комплексных форм психоневрологической и психотерапевтической помощи с интеграцией в систему ее оказания стационарных, полустационарных и амбулаторных форм.

Эти тенденции отражают значительное развитие современных психофармакологических средств лечения, сводящих до минимума побочные действия антипсихотических препаратов; патоморфоз психических заболеваний, в силу которого помещение больного в закрытое отделение психиатрической больницы во многих случаях не является необходимым, и всё большее смещение центра тяжести лечебно-восстановительной работы во внебольничную сферу; перестройка психиатрической помощи, выразившаяся в развитии реабилитационного направления, объявляющего универсальным принципом практической психиатрии максимальное приближение помощи к населению (что означает, в частности, её открытость и общедоступность); высокие лечебные возможности полустационарных и амбулаторных учреждений, позволяющие сократить сроки лечения, достичь более высокого качества ремиссий и уровня социальной адаптации психически больных; развитие бригадных моделей оказания психиатрической и психотерапевтической помощи.

В то же время дальнейшее развитие клинической психотерапии предполагает создание более совершенных интегративных психотерапевтических программ для лечения больных с невротическими расстройствами, совмещающих в себе методические компоненты динамического,

поведенческого и гуманистических подходов (Карвасарский Б.Д. 1985; Ташлыков В.А., 1992; Исурина Г.Л., 1995; Абабков В.А., 1998; Назыров Р.К., 2003; Кулаков С.А., 2004; др.).

Для решения подобных задач в истории современной психотерапии привлекались различные организационные интегрирующие концепции, основанные методологических или технологических теориях.

Сочетанное применение различных методов и форм психотерапии с одновременной реализацией бригадных форм оказания психотерапевтической помощи может быть реализовано на базе клинического подразделения внебольничной психотерапии (внутрибольничного психотерапевтического центра). Такой подход может иметь значение для повышения эффективности деятельности психотерапевтических учреждений при проведении профилактических мероприятий, лечении и реабилитации (Чуркин А.А., 2001; Назыров Р.К., 2003).

При такой постановке вопроса учреждение (подразделение) внебольничной психотерапии может рассматриваться как самостоятельная (четвертая) основная форма психотерапевтической помощи наряду с уже имеющимися и доказавших свою эффективность (психотерапевтический кабинет, психотерапевтический стационар и региональный психотерапевтический центр). Сама внебольничная психотерапия как научно-практическая концепция, может рассматриваться как воплощение современного клинко-психотерапевтического подхода в психотерапии, позволяющего с одной стороны осуществить клиническую интеграцию различных методов и форм психотерапии, а с другой, используя технологии управляемой социальной среды создавать дифференцированные и динамичные условия для психотерапевтического лечения широкого круга психических расстройств вне стационара (Назыров Р.К. Холяк В.В., Логачева С.В. и др., 2008). Сам термин «внебольничная психотерапия» был предложен Ю.В. Поповым, Н.Г. Незнановым и Р.К. Назыровым в 2003 году. С этого же года началось практическое воплощение идей внебольничной психотерапии и ее краткая история: в Институте им. В.М.Бехтерева в 2003 году был создан кабинет внебольничной психотерапии, а в 2006 году и Отделение внебольничной психотерапии и реабилитации психически больных. За шестилетнюю историю своего существования в отделении внебольничной психотерапии Института имени В. М. Бехтерева по мере накопления опыта работы вырабатывалась, адаптировалась и модернизировалась научно-организационная система внебольничной психотерапии, элементы которой подразделяются на шесть основных групп:

планирование показаний для прохождения психотерапии во внебольничных условиях (определяется промежуточным положением отделения

внебольничной психотерапии - между амбулаторной и стационарной психотерапией);

организационное	обеспечение	работы	отделения;
структурно-функциональные	элементы	деятельности	отделения;
режим	работы		отделения;

структура индивидуальных психотерапевтических программ;

управление качеством осуществляемой помощи.

В отделении оказывается психотерапевтическая помощь пациентам с широким спектром психических расстройств обращающихся самостоятельно и выбирающих внебольничную психотерапию при поступлении, пациентов направляемых из стационарного психотерапевтического отделения (Отделение невротиков и психотерапии) на «внестационарное долечивание», а также пациентов, проходящих лечение в других отделениях Института им. В.М. Бехтерева для проведения психотерапевтического лечения в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой психоневрологической помощи.

Для работы с различными контингентами, обращающихся пациентов ведется амбулаторный прием, который дополняется проведением психотерапевтического лечения в дневном психотерапевтическом стационаре, а для решения вопросов профессиональной адаптации и ресоциализации на базе центра профессиональной адаптации создается профессионально-реабилитационный комплекс, который в будущем будет решать вопросы профессиональной адаптации для пациентов с высокой степенью личностной сохранности, путем интеграции в лечебно-реабилитационный процесс технологий профессионального консультирования, репетиторства и коучинга.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Чем регламентируется организация психотерапевтического кабинета? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).
2. Каковы цели и задачи психотерапевтического кабинета? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой:

1. психиатрических учреждений.
2. самостоятельных учреждений психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений лечебно-профилактической сети.
3. психологических учреждений.
4. нескольких взаимосвязанных медицинских учреждений.

2. Отечественная психотерапия сосредоточивает свое внимание на
 1. научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности.
 2. достижения науки.
 3. специфике зарубежных школ.
 4. методах ближайших наук.
3. Психотерапевтическая служба тесно связана с:
 1. педагогической.
 2. психиатрической.
 3. психологической.
 4. медицинской.
4. Психотерапевтические центры выступают в качестве какого звена психотерапевтической помощи:
 1. первого.
 2. второго.
 3. третьего.
 4. четвертого.
5. Психотерапия понимается сегодня в России как:
 1. Лечение больных средствами психического и медикаментозного воздействия.
 2. Медицинская специальность, генетически не связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.
 3. Медицинская специальность, генетически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.
 4. Лечение больных средствами психического воздействия.
6. Специализированную психотерапевтическую помощь оказывают государственные и частные учреждения, центры и кабинеты, имеющие:
 1. диплом о высшем образовании.
 2. сертификат о возможности оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.
 3. действующую лицензию на оказание специализированной психотерапевтической помощи, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. документации не обязательны.
- 7.

Основными организационными формами психотерапевтической помощи являются:

1. кабинеты психологической помощи.
2. психологические консультации.
3. кабинеты социально-психологической помощи
4. Психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр.

8. Первичную и специализированную психотерапевтическую помощь оказывают лица, имеющие:

1. Действующую лицензию.
2. Диплом о высшем образовании.
3. Доступ к деятельности в сфере профессиональной психотерапии, оформленный в соответствии со статьей 30 настоящего Федерального закона.
4. Сертификат о возможности оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.

9. В становлении психотерапии собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло:

1. Признание ее в качестве таковой профессиональным психологическим сообществом.
2. Признание ее в качестве таковой профессиональным медицинским сообществом.
3. Признание ее в качестве таковой обществом.
4. Признание ее в качестве таковой профессиональным психиатрическим сообществом.

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов – не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь организовать внебольничную ПТ помощь (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Организация психотерапевтического центра в образовательном учреждении

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№	Наименование	Автор	(-ы),	Место	Кол-во экземпляров
---	--------------	-------	-------	-------	--------------------

п/п	, вид издания	составитель (-и), редактор (-ы)	издания, издательство, год	в библиотек	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академический проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (-ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенбаум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	

5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №8

1. Индекс : ОД.О.01.2.4 **Тема:** «Определение временной нетрудоспособности: значение медицинских и социальных факторов ».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: знать правила оформления временной нетрудоспособности:

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2

- учебная: основные принципы организации экспертизы трудоспособности (ПК-10, ПК-11, ПК-12), основные задачи врачебно-трудовой экспертизы (ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Экспертиза трудоспособности - область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности, а также некоторых других причин, регламентированных законодательством по государственному социальному страхованию и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и др.).

Организация экспертизы трудоспособности в России построена на трех основных принципах:

Первый принцип - государственный характер, который заключается в том, что существуют единые государственные органы, которым дано право решения всех вопросов связанных с нетрудоспособностью;

Второй принцип - профилактическое направление. Главной задачей рассматриваемого вида экспертизы трудоспособности является максимально быстрое восстановление трудоспособности и предотвращение инвалидности;

Третий принцип - коллегиальность в решении всех вопросов экспертизы трудоспособности, что достигается одновременным участием нескольких специалистов, администрации.

Экспертиза трудоспособности в России является государственной функцией. Российским законодательством определены единые органы экспертизы трудоспособности:

лечебно-профилактические учреждения, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности;

органы социальной защиты населения различных территориальных уровней;

профсоюзные органы.

Объектом исследования экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного, увечного человека. Трудоспособность - это такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Нетрудоспособность - это состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессиональной деятельности невозможно. Нарушение трудоспособности человека принято делить по степени и по характеру.

По степени выделяют:

ограничение трудоспособности;

утрата трудоспособности;

По характеру выделяют:

временную утрату трудоспособности (полную и частичную);

стойкую утрату трудоспособности (инвалидность).

Временная нетрудоспособность (ВН) - это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессио-нального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер.

Установление факта ВН является медицинским действием, поскольку оно направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения.

Полная нетрудоспособность - это утрата работающим способности к лю-бому труду на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью созда-ния специального режима и проведения лечения.

Частичная нетрудоспособность - это временная нетрудоспособность в от-ношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным, облегченным, режимом или уменьшенным объемом.

Стойким нарушением трудоспособности (инвалидностью) называется такое состояние, при котором функциональные и органические нарушения, обусловлен-ные заболеванием, увечьем или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Особое место среди различных видов медицинской экспертизы занимает экспертиза нетрудоспособности, тесно соприкасающаяся с клиническими дисципли-нами, системой социального страхования и социального обеспечения. От организа-ции и качества проведения экспертизы нетрудоспособности в лечебно- профилактических учреждениях в значительной степени зависит оценка состояния здоровья населения и анализ экономических потерь, которое несет общество вслед-ствие заболеваний. Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Экспертиза нетрудоспособности - это определение на основании медицинских и социальных критериев возможности данного человека выполнять свои про-фессиональные обязанности. Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека. Установление факта нетрудоспособности имеет важное юридическое и экономическое значение, так как оно гарантирует гражданину соответству-ющие права:

при временной утрате трудоспособности - на освобождение от работы и по-лучение пособия за счет средств обязательного государственного социального страхования;

при инвалидности - на пенсию за счет средств Пенсионного фонда России.

Медицинские критерии нетрудоспособности:

своевременно поставленный полный клинический диагноз с учетом:

- а) выраженности морфологических изменений;
 - б) тяжести и характера течения заболевания;
 - в) наличия декомпенсации и ее стадии;
- наличие осложнений;
- прогноз заболевания.

Болезнь и нетрудоспособность не всегда являются понятиями идентичными. Например, два человека страдают одним и тем же заболеванием - панарицием. Один из них учитель, другой - повар. Учитель с панарицием может исполнять свои обязанности, т. е. является трудоспособным, а повар - нет, т. е. является нетрудоспособным. Кроме того, причиной нетрудоспособности не всегда является заболевание самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, однако кто-то из членов его семьи заболел гепатитом, вследствие чего повар не может заниматься приготовлением пищи, т. е. выполнять свои профессиональные обязанности, так как у него есть эпидемический контакт по гепатиту.

При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессионального труда, и нетрудоспособным, если выполнение работы затруднено или невозможно. Поэтому врач, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой пациентом работы, условий его труда, решает вопрос о социальном критерии трудоспособности и о выдаче листка нетрудоспособности.

Социальные критерии нетрудоспособности определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда. Социальные критерии отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного:

- характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического);
- организацию, периодичность и ритм работы;
- нагрузку на отдельные органы и системы;
- наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Медицинские и социальные критерии должны быть всегда четко определены и отражены в медицинской документации.

Основными задачами врачебно-трудовой экспертизы являются:

- научно обоснованная оценка трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, увечьях, анатомических дефектах;
- установление факта временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
- определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, полная или частичная);

установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;

рациональное трудоустройство работающих, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;

определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;

изучение причин заболеваемости и инвалидности для разработки медицинских и социальных профилактических программ;

определение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;

проведение социально-трудовой реабилитации.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Каковы основные принципы организации экспертизы трудоспособности? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).

2. Что является основными задачами врачебно-трудовой экспертизы? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. Решение какого вопроса входит в компетенцию врачебной комиссии?

- а) продление листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней
- б) диспансеризация длительно и часто болеющих пациентов
- в) выдача листков нетрудоспособности работающему населению
- г) установление сроков и причин инвалидности

Правильный ответ а

2. К документам, установленной формы, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан относится:

- а) санаторно-курортная карта
- б) листок нетрудоспособности
- в) карта выбывшего из стационара
- г) карта амбулаторного больного

Правильный ответ б

3. Листок нетрудоспособности не выдается:

- а) по уходу за взрослым членом семьи при лечении в амбулаторных условиях
- б) по уходу за взрослым членом семьи, находящимся в стационаре
- в) при возникновении нетрудоспособности в период очередного отпуска
- г) при протезировании в условиях стационара

Правильный ответ б

4. Листок нетрудоспособности не может быть выдан:

а) граждан, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительным причинам

б) гражданам, признанными безработными и состоящими на учете в территориальных органах труда и занятости населения

в) гражданам, у которых нетрудоспособность наступила через два месяца после увольнения с работы по собственному желанию

г) бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил РФ при наступлении нетрудоспособности в течение месяца после увольнения

Правильный ответ в

5. Выдача листка нетрудоспособности осуществляется на основании личного осмотра пациента лечащим врачом:

а) в день обращения больного за медицинской помощью

б) в день установления факта временной нетрудоспособности

в) в день установления диагноза

г) после проведения лабораторно-диагностических мероприятий

Правильный ответ б

6. Какой документ должен быть выдан гражданину, у которого нетрудоспособность наступила в течение месячного срока после прекращения действия трудового договора?

а) листок нетрудоспособности

б) справка произвольной формы

в) справка 095\у

г) никакой документ не выдается

Правильный ответ а

7. Кто может быть назначен на должность председателя врачебной комиссии?

а) руководитель медицинской организации или его заместитель, имеющий высшее медицинское образование, соответствующий сертификат специалиста, в том числе по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье".

б) только руководитель организации

в) врач-терапевт или врач-педиатр участковый

г) представитель министерства субъекта РФ

Правильный ответ а

8. Не имеют права на выдачу листов нетрудоспособности медицинские работники:

а) туберкулезных санаториев

- б) стационаров протезно-ортопедических организаций
 - в) загородных профильных больниц долечивания
 - г) станций скорой помощи
- Правильный ответ г

9. На какой срок имеют право выдавать листок нетрудоспособности врачи, занимающиеся частной практикой?

- а) не более 15 дней
- б) не более 5 дней
- в) не более 10 дней
- г) на весь срок лечения

Правильный ответ а

10. Первым уровнем экспертизы ВН является:

- а) заведующий отделением
- б) лечащий врач
- в) ВК ЛПУ
- г) главный специалист по экспертизе ВН

Правильный ответ б

11. Право выдачи листка нетрудоспособности имеют:

- а) врачи врачебно-физкультурных диспансеров, не имеющих стационаров
- б) врачи, занимающиеся частной практикой при наличии лицензии
- в) врачи станций переливания крови
- г) врачи приемного отделения стационара

Правильный ответ б

12. Может ли быть выдан листок нетрудоспособности со следующего календарного дня?

- а) может быть выдан по просьбе больного
- б) может быть выдан с разрешения главного врача
- в) не может
- г) может быть выдан с согласия пациента, обратившегося за мед.

помощью в конце рабочего дня.

Правильный ответ г

13. Вторым уровнем экспертизы ВН является:

- а) лечащий врач
- б) клинико-экспертная комиссия ЛПУ
- в) главный врач ЛПУ
- г) заведующий отделением

Правильный ответ б

14. Третьим уровнем экспертизы ВН является:

- а) министерство здравоохранения территории, входящей в субъект Федерации
- б) лечащий врач
- в) зав. отделением
- г) клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранения территории

Правильный ответ г

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов – не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь оформить листок временной нетрудоспособности (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Временная нетрудоспособность больных с аффективными расстройствами

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, издания	вид	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
					в библиот еке	на кафед ре

		(-ы)			
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенбаум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press

9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №9

1. Индекс : ОД.О.01.2.5 **Тема:** «Распространенность нервно-психических заболеваний в мире и в России ».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: знать распространенность нервно-психических заболеваний в мире и в России

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2
- учебная: знать популяционную заболеваемость психическими расстройствами (ПК-10, ПК-11, ПК-12), основные задачи при профилактике (ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

По данным ВОЗ, в мире к 2020 году психические расстройства войдут в первую пятерку заболеваний, ведущих к потере трудоспособности. В России ситуация осложняется увеличением числа невротических расстройств, связанных с алкоголизмом, бедностью и стрессами на работе.

Согласно исследованиям, психическое или невротическое (депрессивное) расстройство наблюдается у каждого третьего россиянина. За последние годы из-за психических расстройств на 13% возросло число инвалидов. Это очень тревожные цифры, так как специалисты предполагают, что из-за стигматизации психических расстройств в России люди обращаются за психиатрической помощью только в самых крайних случаях, и огромное количество больных остаются без обследования и квалифицированного лечения.

Большую роль в отрицании психического расстройства у русского человека играет его своеобразный менталитет: больным быть стыдно, а особенно стыдно быть психическим больным. Для примера — в США за психиатрической помощью обращается примерно каждый четвертый житель страны, у 9,8 миллионов взрослых американцев диагностировано психиатрическое заболевание. Такие значительные цифры могут объясняться большой популярностью психологической и психиатрической помощи. «Во многих странах, прежде всего, обращаются к врачу первичной практики. Он

обладает необходимым набором знаний, навыков, чтобы выяснить проблемы психического здоровья, коснуться их хотя бы. Наши терапевты стараются не касаться этой сферы деятельности», — отмечает директор Московского НИИ психиатрии, доктор медицинских наук Валерий Краснов.

В России до 40% населения имеют признаки какого-либо нарушения психической деятельности. На долю лиц, нуждающихся в систематической психиатрической помощи, приходится 3-6% населения, а наиболее тяжелые пациенты составляют 0,3-0,6%.

Наиболее распространенные психические расстройства – фобии и различные навязчивые состояния, а также панические и стрессовые расстройства. Они считаются легкими или среднетяжелыми заболеваниями. От них страдает, по разным оценкам, каждый четвертый россиянин. Около 10% россиян страдают от депрессивных расстройств различной степени тяжести. Различные расстройства пищевого поведения (булимия, анорексия, орторексия, ожирение) встречаются у 17-21% жителей нашей страны.

Наиболее тяжелой среди психических болезней считается шизофрения. Ей страдает около 2,3-3,1% населения нашей страны. Также к тяжелым психическим заболеваниям относится биполярное аффективное расстройство – им страдает, в зависимости от критериев оценки, до 7% населения.

При этом статистика Росстата показывает, что, несмотря на общий рост заболеваемости населения России (+ 8% с 2000 года), по количеству взятых на диспансерный психиатрический учет складывается впечатление о существенном, практически двукратном, снижении заболеваемости психическими расстройствами (- 47% за тот же период). С 1995 года по 2014 год количество лиц, взятых под наблюдение с диагнозом психического расстройства или расстройства поведения, сократилось на 53% с 93,1 до 44,1 на 100 тыс. населения. В т.ч. отмечается снижение количества взятых под наблюдение по всем отдельным группам психических расстройств (http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf). Эта любопытная картина может объясняться сразу несколькими причинами:

- изменение диагностических критериев психиатрических заболеваний;
- либерализация диспансерного учета психиатрических больных;
- изменение структуры заболеваемости;
- снижение доступности медицинской помощи и, как следствие, выявляемости психических заболеваний.

Специалисты отмечают, что причиной такого перекоса статистики (рост психических заболеваний с одновременным уменьшением количества взятых под наблюдение больных), прежде всего, нужно считать изменение структуры заболеваемости. Так, тяжелые формы психических расстройств замещаются более легкими, с более легким течением и меньшими социальными последствиями. Также существенно сократилось число лиц старше 18 лет с впервые в жизни установленной инвалидностью в связи с психическим расстройством с 4,8 в 2005 до 2,7 в 2014 на 10 тыс. населения, т.е. -43% за 10 лет. Кроме того, количество лиц с психиатрическими

заболеваниями, находящихся под диспансерным учетом, заметно снижается одновременно со значительным ростом консультативной помощи. То есть психических больных перестали помещать в специальные лечебные заведения, и они проходят лечение на дому, регулярно посещая врача для контроля состояния.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Какова распространенность пограничными расстройствами в России? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).
2. Какие причины заболеваемости психическими ? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. ПРИ ПОЛНОЙ И ТОЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

- 1) патологической пораженности;
- 2) госпитализированной;
- 3) общей;
- 4) неэпидемической;

Правильный ответ: 1

2. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

- 1) по обращаемости за медицинской помощью;
- 2) переписи населения;
- 3) переписи больных;
- 4) антропометрические измерения;

Правильный ответ: 1

3. БОЛЕЗНЕННОСТЬ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ) - ЭТО::

- 1) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные обращались в данном году;
- 2) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний;
- 3) совокупность заболеваний, зарегистрированных среди населения в предыдущие годы;
- 4) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы при проведении профилактических осмотров;

Правильный ответ: 1

4. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ ДАЕТ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЕ СВЕДЕНИЯ::

- 1) о численности населения;
- 2) о больничной летальности;

- 3) о заболеваемости с ВУТ;
 - 4) об общей заболеваемости;
- Правильный ответ: 4

5. ВЕЛИЧИНА ПОКАЗАТЕЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ЗАВИСИТ::

- 1) от скорости появления новых заболеваний;
 - 2) от скорости накопления больных среди населения;
 - 3) от скорости распространения заболеваний;
 - 4) от миграции больных среди населения;
- Правильный ответ: 2

6. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОРАЖЕННОСТЬ ТОГО ИЛИ ИНОГО КОЛЛЕКТИВА (НАСЕЛЕНИЯ) ОТДЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАВИСИТ::

- 1) от заболеваемости данного года, выявленной на момент медицинского осмотра;
 - 2) от заболеваемости прошлых лет, выявленной на момент медицинского осмотра;
 - 3) от заболеваемости данного года и заболеваемости прошлых лет, выявленные на момент медицинского осмотра;
 - 4) от смертности данного года;
- Правильный ответ: 3

7.ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ И ПОЛНОТУ СВЕДЕНИЙ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ::

- 1) использование международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти;
 - 2) использование клинических классификаций;
 - 3) систематичность проведения осмотров;
 - 4) частота обращений за медицинской помощью;
- Правильный ответ: 3

8. ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭТО::

- 1) частота возникновения заболеваний среди населения в единицу времени;
 - 2) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном году заболеваний среди населения;
 - 3) заболеваемость, возникшая у человека впервые в жизни;
 - 4) заболеваемость, возникшая у человека впервые в жизни и потребовавшая госпитализации;
- Правильный ответ: 2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов – не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь анализировать распространенность психических заболеваний (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Эпидемиология умственной отсталости в России
2. Эпидемиология расстройств зрелой личности

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиот еке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенба ум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ:	А. Лэнгле, Е. М.	М. : Логос, 2014.	25	

	история, теория, практика, исследования	Уколова, В. Б. Шумский			
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №10

1. Индекс : ОД.О.01.2.5 **Тема:** «Принципы доказательной медицины и методика статистических исследований. Теоретические основы эпидемиологической и санитарной статистики».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: знать принципы доказательной медицины и методику статистических исследований

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2

- учебная: знать принципы доказательной медицины и методику статистических исследований (ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Статистика – наука, изучающая количественные закономерности материальных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Статистика:

- это инструмент для анализа экспериментальных данных и результатов популяционных исследований;
- это язык, с помощью которого исследователь сообщает полученные им результаты и благодаря которому он понимает медико-статистическую информацию;
- это элемент доказательной медицины;
- это база для обоснования принятия управленческих решений.

Медицинская статистика - раздел статистики, изучающий состояние здоровья населения и общественное здравоохранение.

Этапы статистического исследования:

1. Формирование цели и задач исследования.
2. Организация исследования.
3. Сбор информации.
4. Обработка информации.
5. Анализ результатов исследования.
6. Внедрение результатов исследования в практику и оценка эффективности внедрения.

Цель - отвечает на вопрос зачем проводится данное исследование.

Задачи исследования - дают ответ на вопрос как будет достигнута цель.

План исследования предусматривает методику проведения исследования, дает раскладку организационных вопросов (что, где, когда, сколько?). Определяет субъектов исследования. Программа исследования (отвечает на вопрос как делать) состоит из трех главных компонентов :

- 1) программы сбора материала;
- 2) программы его разработки (табличной сводки);
- 3) программы анализа.

Прежде всего устанавливается объект исследования и единица наблюдения. Под объектом наблюдения понимают статистическую совокупность, состоящую из отдельных предметов или явлений - единиц наблюдений, взятых в определённых границах времени и пространства.

Единица наблюдения - первичный элемент статистической совокупности, являющейся носителем признаков, подлежащих регистрации, изучению в ходе исследования.

Учетные признаки – признаки подлежащие регистрации в ходе статистического исследования (см. схему в аннотации).

Ряды распределения. Рядами распределения называются группировки особого вида, при которых по каждому признаку, группе признаков или классу признаков известны численность единиц в группе либо удельный вес этой численности в общем итоге.

Ряды распределения могут быть построены или по количественному, или по атрибутивному признаку.

Ряды распределения, построенные по количественному признаку, называются вариационными рядами. Ряд распределения может быть построен по *непрерывно варьирующему признаку* (когда признак может принимать любые значения в рамках какого-либо интервала) и по *дискретно варьирующему признаку* (принимает строго определенные целочисленные значения).

Непрерывно варьирующий признак изображается графически при помощи *гистограммы*. Дискретный же ряд распределения графически представляется в виде *полигона распределения*.

Абсолютные величины – могут быть простыми (имеют именованные единицы измерения сантиметры, дни, случаи заболевания и т. п.) и сложными (выражаются произведениями единиц различной размерности человеко-часы, потерянные годы жизни и т. п.).

Сбор информации.

Источники. 1. Выкопировка данных из имеющихся источников. 2. Самостоятельный сбор информации.

Способы получения данных. 1. Эксперимент. 2. Наблюдение в реальных условиях. 3. Получение субъективных данных путем опроса целевой группы.

Репрезентативная выборка.

Выборка конечного объёма, обладающая всеми свойствами исходной популяции, значимыми с точки зрения задач исследования.

Является одним из ключевых понятий анализа данных. Репрезентативность определяет, насколько возможно обобщать результаты исследования с привлечением определённой выборки на всю генеральную совокупность, из которой она была собрана.

Например, если в городе проживает 100 000 человек, половина из которых мужчины и половина женщины, то выборка 1000 человек из которых 10 мужчин и 990 женщин, конечно, не будет репрезентативной.

Построенный на ее основе опрос общественного мнения будет содержать смещение оценок и приведет к фальсификации результатов.

Необходимым условием построения репрезентативной выборки является равная вероятность включения в нее каждого элемента генеральной совокупности.

Определение объема данных, достаточного для того, чтобы избежать ошибок – очень непростая задача. В первую очередь потому, что рассчитать требуемый объем выборки можно, только имея некоторые представления относительно ожидаемых результатов.

Чтобы рассчитать объем выборки, нужно определить на этапе планирования исследования следующие величины:

- 1) заданная вами мощность исследования (степень уверенности в том, что вы получите значимый результат, если он на самом деле имеет место в действительности). Обычно выбирают мощность, равную 70-80% и более,
- 2) уровень значимости α - граничный уровень, ниже которого отбрасывают нулевую гипотезу. Обычно это 0,05 или 0,01; нулевую гипотезу (об отсутствии различий в группах) отклоняют, если величина р-уровня применяемого критерия меньше этих значений,
- 3) величина изучаемого эффекта (насколько выражено то различие между основной и контрольной группами, которое мы пытаемся обнаружить и обосновать с помощью статистического анализа),
- 4) вариабельность изучаемой величины в группах, например, стандартное отклонение, если есть числовая переменная.

Относительно легко выбрать мощность и уровень значимости критерия. Реальная трудность состоит в необходимости оценки силы эффекта и вариации числовой переменной до того, как отобраны данные.

5 этап: Анализ результатов исследования.

Относительные величины.

Относительной статистической величиной - называется отношение двух чисел, выражающих меру каких-либо явлений. Смысл получения относительных величин – нахождение общей меры, приведение к общему знаменателю.

Интенсивные коэффициенты показывают размер явления (частоту, уровень, распространенность) явления в среде которая продуцирует его. Эти коэффициенты отвечают на вопрос, как часто явление встречается в известной среде.

Экстенсивные коэффициенты отражают структуру, распределение. Они характеризуют отношение части статистической совокупности к целой совокупности (долю, удельный вес, часть от целого), то есть отношение отдельного элемента к итогу. Выражаются только в процентах к итогу.

Коэффициенты соотношения – применяются, когда приходится оценивать соотношение разнородных величин. Данные коэффициенты вычисляются через пропорцию. Могут вычисляться на 100, на 1000, на 10000. Могут выражаться дробными числами: 1, 53 медсестры на врача.

Средние величины.

Средняя арифметическая величина простая (невзвешенная) равна сумме отдельных значений признака, деленной на число этих значений.

Разброс полученных данных в положительную и отрицательную сторону от средней величины обозначается буквой d , а вычисляется через отклонение каждого значения от средней (), затем вычисляют среднюю арифметическую всех этих отклонений. Чем она больше, тем больше разброс данных и тем более разнородна выборка. Если эта средняя невелика, то это свидетельствует в пользу того, что данные больше сконцентрированы относительно их среднего значения и выборка более однородна.

Мода (M_o) (mode)- наиболее часто встречающаяся в вариационном ряду варианта.

Мода используется:

і- при малом числе наблюдений, когда велико влияние состава совокупности на среднюю ;

і- для характеристики центральной тенденции при ассиметричных распределениях, когда велико влияние на среднюю крайних вариантов;

Медианой (M_e) в статистике называется варианта, которая находится в середине вариационного ряда, то есть делит численность упорядоченного вариационного ряда пополам. Для ранжированного ряда дискретного (построенного в порядке возрастания или убывания частот) с нечетным числом членов медианой будет варианта, расположенная в центре ряда:

В ранжированном ряду с четным числом медианой будет средняя арифметическая из 2-х смежных вариантов: 1, 3, 4, 5, 7, 9 лет, следовательно, медиана равна 4,5 года (6 продавцов по стажу работы)

Медиана в дискретном ряду и медианный интервал в интервальном ряду находятся по данным о накопленных частотах. Медиана делит численность упорядоченного ряда пополам, значит находится там, где накопленная (кумулятивная) частота составляет половину или больше половины суммы частот, а предыдущая накопленная частота меньше половины численности совокупности.

Медиана используется:

і- при необходимости знать, какая часть вариантов лежит выше и ниже срединного значения ;

і- для характеристики центральной тенденции при ассиметричных распределениях .

Вариационный ряд можно разбивать на отдельные (по возможности равные) части, которые называются квантилями (quantile). Наиболее часто употребляемые квантили:

Величины, находящиеся на одной четверти и на трех четвертях расстояния от начала ряда называются квантилями, на одной десятой – децилями, на одной сотой – процентилями. Все они рассчитываются по формуле медианы с соответствующими изменениями. Так, при определении квантилей, берется в расчет $1/4$, $2/4$ или $3/4$ суммы частот, нижняя граница и величина

квартильного интервала, частота этого интервала. Сам квартильный интервал определяется по сумме накопленных частот, пересчитанной в проценты: 25 %, 50 %, 75 %. Аналогичная процедура применяется при расчете децилей (десятые части от 100 %) и процентилей (сотые части 100 %). Второй квартиль, пятый дециль и пятидесятый процентиль совпадают с медианой.

Анализ динамических рядов.

Динамические ряды

- Динамический ряд – совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления на протяжении определенного промежутка времени.

- Уровни ряда – величины, составляющие динамический ряд. Могут быть представлены абсолютными, относительными или средними величинами.

Виды динамических рядов

- моментный – состоит из величин, характеризующих явление на какой-то определенный момент (дату),

- интервальный – состоит из величин, характеризующих явление за определенный промежуток времени (интервал).

- 1) Абсолютный прирост (убыль) – разность между последующим и предыдущим уровнями

- 2) Показатель наглядности – отношение каждого уровня ряда к одному из них, принятому за 100%

- 3) Показатель роста (снижения) – отношение каждого последующего уровня ряда к предыдущему, принятому за 100%

- 4) Темп прироста (убыли) – отношение абсолютного прироста (снижения) каждого последующего уровня к предыдущему уровню, принятому за 100%

- 5) Значение 1% прироста (убыли) – отношение абсолютного прироста каждого последующего уровня ряда к соответствующему темпу прироста.

Линии тренда представляют собой геометрическое отображение средних значений анализируемых показателей, полученное с помощью какой-либо математической функции. Выбор функции для построения линии тренда обычно определяется характером изменения данных во времени.

Статистики связи и влияния факторов.

При исследовании явлений и процессов приходится сталкиваться со взаимосвязанными показателями. Часто связь, существующая между двумя или несколькими показателями, не столь очевидна, т.к. усложняется наложением влияния других причин (факторов). Изучить, насколько изменение одного показателя зависит от изменения другого (или нескольких), – одна из задач статистики.

Факторные связи характеризуются тем, что они проявляются в согласованной вариации изучаемых показателей. При этом одни показатели выступают как факторные, а другие — как результативные.

Факторные связи могут рассматриваться как функциональные и корреляционные.

При функциональной связи изменение результативного признака всецело зависит от изменения факторного признака . Например, длина окружности зависит от радиуса ():

При корреляционной связи изменение результативного признака не всецело зависит от факторного признака , а лишь частично, так как возможно влияние прочих факторов.

Характерной особенностью корреляционных связей является то, что они проявляются не в единичных случаях, а в массе.

При статистическом изучении корреляционной связи показателей перед статистикой ставятся следующие основные задачи:

- 1) проверка возможности связи между изучаемыми показателями и придание выявленной связи аналитической формы зависимости;
- 2) установление количественных оценок тесноты связи, характеризующих силу влияния факторных признаков на результативные.

В процессе изучения связи важно учитывать, что помимо математического аппарата, необходимо иметь теоретическое обоснование этой связи.

Корреляция может быть парной, когда исследуется зависимость между двумя признаками (результативный и один из факторных) или множественной, когда изучается зависимость между несколькими признаками (результативный и несколько факторных).

Основные виды ошибок исследования.

1. Ошибки регистрации:

1. Случайные (взаимно погашаются и не влияют на результат исследования);
2. Систематические (плохая юстировка прибора, неоднозначность инструкции, недостаточная унификация методов и т.д. – могут существенно исказить результат исследования).

2. Методические

- Недостаточность числа наблюдений;
- Нарушение случайности отбора;
- Неправильная группировка данных;
- Использование средних величин в неоднородных группах и другие.

3. Логические

- Сравнение данных без учета их качественной характеристики;
- Смещение причины и следствия;
- Недоучет взаимосвязи явлений.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Для чего и как используется метод стандартизации показателей? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).
2. Виды средних величин и методы их определения ? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. СТАТИСТИЧЕСКАЯ СОВОКУПНОСТЬ ЭТО:

- 1) группа, состоящая из малого числа единиц наблюдения, взятых вместе в известных границах времени и пространства;

- 2) группа, состоящая из малого числа зависимых единиц наблюдения, взятых вместе в известных границах времени и пространства;
- 3) группа, состоящая из малого числа независимых единиц наблюдения, взятых вместе в известных границах времени и пространства;
- 4) группа, состоящая из большого числа однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства;

Правильный ответ: 1

2. ВЫБОРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЭТО:

- 1) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) наблюдение, приуроченное к какому-либо моменту;
- 3) наблюдение, в порядке текущей регистрации;
- 4) наблюдение, охватывающее часть учетных признаков для характеристики целого;

Правильный ответ: 1

3. КОГОРТНЫЙ ОТБОР ЭТО:

- 1) разбивка совокупности на однотипные качественные группы по какому-либо определенному признаку;
- 2) отбор на удаче, по жребию, без учета тех или иных носителей признаков;
- 3) процентный отбор того или иного числа наблюдений из общего числа (например, 20% или 10% из всей совокупности);
- 4) целенаправленный отбор лиц объединенных появлением, какого либо признака, играющего существенную роль в исследовании;

Правильный ответ: 4

4. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) объект наблюдения;
- 2) признак;
- 3) единица наблюдения;
- 4) группа признаков;

Правильный ответ: 3

5. СЛУЧАЙНАЯ ОШИБКА ЭТО:

- 1) нарушение в кодировании признака в следствии неправильного инструктажа оператора;
- 2) описка по рассеянности или невнимательности;
- 3) первичный элемент объекта статистического наблюдения, являющейся носителем признаков, не подлежащих регистрации;
- 4) ошибка при разметке бланка по условным знакам;

Правильный ответ: 2

6. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ГРУППИРОВКА ЭТО:

- 1) группировка, произведенная на основе размеров данного признака;
- 2) разделение материала на однородные в отношении этого признака группы;
- 3) разделение по смысловой согласованности сведений, записанных в первичном документе;
- 4) разбивка материала по признаку, имеющему качественное выражение;

Правильный ответ: 1

7. ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ – ЭТО:

- 1) показатель распределения, характеризующий отношение части к целому или удельный вес части в целом;
- 2) показатель частоты, выражающий частоту явления в среде порождающей его;
- 3) показатель, выражающий частоту явления в разных средах, в разные периоды времени или тот же период времени;
- 4) показатель распределения, характеризующий отношение части одного явления к части другого явления;

Правильный ответ: 1

8. ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - ПОДБЕРИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- 1) изменение явления во времени;
- 2) распределение целого и части;
- 3) характеристика развития явления в среде, непосредственно с ней несвязанной;
- 4) частота явления в среде непосредственно его продуцирующей;

Правильный ответ: 4

9. ВАРИАНТА, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ - ЭТО:

- 1) мода;
- 2) медиана;
- 3) средняя арифметическая;
- 4) средняя геометрическая;

Правильный ответ: 1

10. ВИД СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА:

- 1) сплошное;
- 2) одновременное;
- 3) систематическое;
- 4) многофакторное;

Правильный ответ: 1

11. СТАТИСТИЧЕСКАЯ СОВОКУПНОСТЬ - ЭТО::

- 1) группа определенных признаков;
- 2) группа объектов, обладающих признаками сходства и различия;
- 3) группа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых в единых границах времени и пространства;
- 4) группа явлений, объединенных в соответствии с целью исследования;

Правильный ответ: 3

12. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) объект наблюдения;
- 2) признак;
- 3) единица наблюдения;
- 4) группа признаков;

Правильный ответ: 3

13. ЕДИНИЦА НАБЛЮДЕНИЯ В СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ - ЭТО::

- 1) признак;
- 2) первичный элемент совокупности, обладающий учитываемыми признаками;
- 3) группа признаков;
- 4) заболевание;

Правильный ответ: 2

14. К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСИТСЯ::

- 1) температура тела;
- 2) пол;
- 3) артериальное давление;
- 4) дозировка лекарственного средства;

Правильный ответ: 2

15. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) масса тела пациента;
- 2) пол;
- 3) исход лечения;
- 4) перечень назначенных препаратов;

Правильный ответ: 1

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов – не предусмотрены

12. Перечень и стандарты практических умений

Уметь проводить статистическую обработку данных (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Организация научного исследования в психиатрии

14. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор (–ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиот еке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенба ум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ:	А. Лэнгле, Е. М.	М. : Логос, 2014.	25	

	история, теория, практика, исследования	Уколова, В. Б. Шумский			
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие №11

1. Индекс : ОД.О.01.2.6 **Тема:** «Формы учета и отчетности в психиатрических и психотерапевтических учреждениях и кабинетах. Ведение

документации в психиатрических и психотерапевтических учреждениях и кабинетах».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах.

4. Значение темы: знать формы учета и отчетности в психиатрических и психотерапевтических учреждениях и кабинетах. Ведение документации в психиатрических и психотерапевтических учреждениях и кабинетах

Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2

- учебная: формы учета и отчетности в психиатрических и психотерапевтических учреждениях и кабинетах. Ведение документации в психиатрических и психотерапевтических учреждениях и кабинетах (ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

- индивидуальный устный опрос

6. Аннотация

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 17 мая 2012 г. N 566н г.

Москва "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения"

Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

1. Настоящий Порядок определяет правила оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в медицинских организациях.

2. Оказание медицинской помощи осуществляется при психических расстройствах и расстройствах поведения, включающих:

органические (симптоматические), психические расстройства;

психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ;

шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;

расстройства настроения (аффективные расстройства);

невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства;

поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;

расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;

умственная отсталость;

эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

3. Медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается в виде:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

первичной медико-санитарной помощи;

специализированной медицинской помощи.

4. Медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается в добровольном порядке, кроме случаев, регламентированных действующим законодательством Российской Федерации, и предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий, оказываемых в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи.

5. Медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения в состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается в экстренной форме.

6. В рамках скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. N 179 "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи" (зарегистрирован Минюстом России 23 ноября 2004 г., регистрационный N 6136) с изменениями, внесенными приказами Минздравсоцразвития России от 2 августа 2010 г. N 586н (зарегистрирован Минюстом России 30 августа 2010 г., регистрационный N 18289), от 15 марта 2011 г. N 202н (зарегистрирован Минюстом России 4 апреля 2011 г., регистрационный N 20390), от 30 января 2012 г. N 65н (зарегистрирован Минюстом России 14 марта 2012 г., регистрационный N 23472).

7. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

8. Первичная специализированная медико-санитарная помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь, во взаимодействии с иными врачами-специалистами.

9. Пациент после проведения лечения и медицинской реабилитации в стационарных условиях в соответствии с медицинскими показаниями направляется для дальнейшего лечения и медицинской реабилитации в медицинские организации (и их структурные подразделения), оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения.

10. Специализированная медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается врачами-психиатрами во взаимодействии с иными врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение психических расстройств и расстройств поведения, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

11. К медицинским организациям и их структурным подразделениям, оказывающим медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, относятся:

психоневрологический диспансер (диспансерное отделение психиатрической больницы), осуществляющий свою деятельность в соответствии с приложениями N 1 - 3 к настоящему Порядку;

кабинет участкового врача-психиатра, осуществляющий свою деятельность в соответствии с приложениями N 4-6 к настоящему Порядку;

кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, осуществляющий свою деятельность в соответствии с приложениями N 7-9 к настоящему Порядку;

психотерапевтический кабинет, осуществляющий свою деятельность в соответствии с приложениями N 10 - 12 к настоящему Порядку;

дневной стационар (отделение), осуществляющий свою деятельность в соответствии с приложениями N 13-15 к настоящему Порядку;

отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями N16-18 к настоящему Порядку;

медико-реабилитационное отделение, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями N 19-21 к настоящему Порядку;

отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями N 22-24 к настоящему Порядку;

лечебно-производственные (трудовые) мастерские психоневрологического диспансера (психиатрической больницы), осуществляющие свою деятельность в соответствии с приложениями N 25-27 к настоящему Порядку;

психиатрическая больница, осуществляющая свою деятельность в соответствии с приложениями N 28-30 к настоящему Порядку;

психотерапевтическое отделение, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями N 31-33 к настоящему Порядку;

медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями N 34-36 к настоящему Порядку;

отделение медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложениями N 37-39.

12. Профилактическая консультативная и лечебная психиатрическая, психотерапевтическая и медико-психологическая помощь пациентам, в том числе пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий, оказывается:

отделением "Телефон доверия", осуществляющим свою деятельность в соответствии с приложениями N 40-42 к настоящему Порядку;

кабинетом медико-социально-психологической помощи, осуществляющим свою деятельность в соответствии с приложениями N 43-45 к настоящему Порядку.

9. Вопросы по теме занятия.

1. Какие документы следует заполнять при амбулаторном приеме? (ПК-10, ПК-11, ПК-12).
2. Какие отчеты должен подавать врач-психотерапевт и в какие сроки? (ПК-6, ПК-7).

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов – не предусмотрены****12. Перечень и стандарты практических умений**

Уметь заполнять учетно-отчетную документацию (ПК-6, ПК-7, ПК-11, ПК-12).

13. Примерная тематика НИР по теме

1. Организация научного исследования в психиатрии

14. Рекомендованная литература по теме занятия**Основная литература**

№ п/ п	Наименование , вид издания	Автор (–ы), составитель (– и), редактор (– ы)	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Психотерапия: учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М.: Академическ ий проект, 2017.	40	
2	Психотерапия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=345131	Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко	СПб. : Питер, 2015.	-	

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, издания	вид	Автор (– ы), составите ль (–и), редактор	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
					в библиот еке	на кафед ре

		(-ы)			
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела	Г. В. Старшенбаум	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	25	
2	Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования	А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский	М. : Логос, 2014.	25	
3	Практикум по гештальттерапии	Ф. Перлз ; пер. с нем. М. Папуш	М. : Академический проект , 2018.	25	
4	Гештальт: искусство контакта	С. Гингер ; пер. с англ. Т. А. Ребеко	М. : Академический проект, 2015.	25	
5	Психология личности : учеб. для вузов	Н. Ф. Калина	М. : Академический проект , 2015.	20	
6	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html	Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press

9	БД Scopus
10	БД Web of Science