

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине «Психические расстройства у детей и подростков»

Направление подготовки/специальность 37.04.01 Психология

Профиль/направленность: Консультативная и клиническая психология

Цели освоения дисциплины (курса)

Основной **целью** освоения дисциплины «Психические расстройства у детей и подростков» является формирование у магистрантов системы специальных психологических знаний о нарушениях психического развития и здоровья детей и подростков; особенностях проведения клинико-психологического, психологического, патопсихологического, нейропсихологического обследования в детском и подростковом возрасте; знакомство с методами профилактики и коррекции психических расстройств у детей и подростков, а также с современным состоянием детской и подростковой психотерапии, наиболее часто применяемых психотерапевтических методах и их возможных комбинациях.

В содержание дисциплины включены: основные концепции, объясняющие возникновение психических расстройств у детей и подростков; изучение нарушений развития психики в детском и подростковом возрасте; обзор психических факторов, влияющих на развитие психических расстройств у детей и подростков; изучение влияния тех или иных болезней на психику детей и подростков; изучение психических проявлений различных болезней в их динамике у детей и подростков; изучение характера отношений детей и подростков с окружающей средой; разработка принципов и методов клинико-психологического, психологического, патопсихологического и нейропсихологического исследования детей и подростков; создание и изучение методов психотерапии, профилактики и психокоррекции психических расстройств у детей и подростков.

Для достижения поставленной цели выделяются следующие **задачи** курса:

- сформировать представление о нарушениях психической деятельности у детей и подростков при различных психических, поведенческих и соматических расстройствах;
- изучить методы дифференциальной диагностики и показатели нормального и отклоняющегося психического развития детей в различные возрастные периоды;
- приобрести навыки использования методов клинико-психологического обследования детей и подростков с выраженными аномалиями развития, основных методик диагностики нарушений познавательной, эмоционально-волевой и личностной сфер;
- приобрести практический опыт самостоятельной разработки стратегии психодиагностического обследования детей и подростков с психическими расстройствами с последующим составлением психологического заключения, включающего рекомендательную часть, ориентированную на осуществление пролонгированных программ коррекции, адаптации и реабилитации;
- сформировать у магистрантов знания о теоретических основах детской и подростковой психотерапии, результатах исследований в этой области.

Формируемые компетенции:

- ОК-1- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

- способностью осуществлять постановку проблем, целей и задач исследования, на основе анализа достижений современной психологической науки и практики, обосновывать гипотезы, разрабатывать программу и методическое обеспечение исследования (теоретического, эмпирического) (ПК-1);

- способностью анализировать базовые механизмы психических процессов, состояний и индивидуальных различий с учетом антропометрических, анатомических и физиологических параметров жизнедеятельности человека в фило-социо- и онтогенезе (ПК-3).

В результате изучения дисциплины студент должен:

Знать:

- клинико-психологические характеристики и типологию основных психических расстройств и нарушений развития в детском и подростковом возрасте, психологические факторы и механизмы их формирования (ПК-3);

- методики и технические приемы, направленные на диагностику, психотерапию, профилактику и коррекцию психических расстройств у детей и подростков (ПК-1).

Уметь:

- выявлять психологическую проблематику у детей и подростков с психическими расстройствами (ПК-1, ПК-3);

- планировать многоэтапное углубленное диагностическое обследование, консультативное сопровождение и коррекционно-развивающие и терапевтическое воздействия с учетом сотрудничества со специалистами смежных профессий (ОК-1, ПК-1, ПК-3).

Владеть:

- методами и приемами проведения диагностического исследования и оказания консультативной и терапевтической помощи детям и подросткам с расстройствами психического развития, а также их ближайшему окружению (ОК-1, ПК-1, ПК-3).

1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Психические расстройства у детей и подростков» относится к вариативной части профессиональных дисциплин направления, преподаётся в 3 семестре 2 курса магистратуры.

Данный курс по своему содержанию связан с такими дисциплинами, как: «Современная клиническая психология», «Консультативная психология», «Психология личностных расстройств», «Перинатальная психология».

Знания и умения, полученные в ходе освоения данной дисциплины, могут задействоваться в любых последующих курсах, в которых рассматриваются проблемы психологического консультирования и психотерапии в работе с детьми, подростками и их семьями (например, «Семейная психотерапия и консультирование», «Психосоматические расстройства и их коррекция»).

Перечень контрольных вопросов и заданий для самостоятельной работы

Студентам предстоит самостоятельно провести психодиагностическое обследование ребенка или подростка с психическими расстройствами, обработать полученные результаты, проинтерпретировать их, написать заключение. На основании заключения

необходимо выделить «мишени» для реализации программ коррекции психических расстройств.

СТРУКТУРА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

(для СРС студентов при написании заключений по результатам проведенных исследований)

План:

1 Структура заключения

- 1) заголовок
- 2) причины обращения клиента или мотивы обращения на обследование
- 3) характеристики отношения к обследованию
- 4) характеристики контакта с испытуемым
- 5) основной раздел заключения

б) резюме

2 Примеры написания заключений

Психологическое заключение имеет свою структуру, т. е. пишется по определенным правилам. Эти правила сложились в результате длительной практики и помогают структурировать его содержание и понимание. Данная форма близка к структуре патопсихологического заключения.

1. Структура заключения.

1) ЗАГОЛОВОК

У любого психологического заключения есть *заголовок*. Заголовок может иметь следующую форму:

«Заключение по психологическому обследованию Ф. И. О., ... пола, возраст ... лет, образование ...»

По желанию и если этого требует паспортизация испытуемых, «шапку» заключения могут быть введены дополнительные характеристики.

2) ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЯ КЛИЕНТА ИЛИ МОТИВЫ НАПРАВЛЕНИЯ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

В первом абзаце заключения, как правило, но не обязательно, приводятся *причины обращения клиента или мотивы направления его на обследование*. Например, в учебных заключениях это обычно выглядит так: «Обследование проводилось по инициативе (вариант: просьбе) экспериментатора». В этом же абзаце приводятся жалобы (если имеются) испытуемого, относящиеся к целям и содержанию обследования.

3) ХАРАКТЕРИСТИКА ОТНОШЕНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ

Второй и третий абзацы заключения посвящены *характеристике отношения к обследованию и контакта*. Эти данные имеют исключительную важность, поскольку определяют уровень валидности и достоверности результатов обследования. Они особенно важны в контексте исследования личности, поскольку в него часто включаются проективные методики и опросники, требующие открытости

и сотрудничества со стороны испытуемого. Как было сказано во введении, *клинический метод психодиагностики предполагает строго индивидуальное обследование*. Это обследование начинается с того момента, как испытуемый (пациент, клиент) переступил порог вашего кабинета. Тесный контакт, который устанавливается между испытуемым и психологом в течение всей процедуры обследования, позволяет значительно повысить понимание важных психологических особенностей испытуемого, а также очень тонко контролировать степень верности и валидности результатов обследования. Если с испытуемым не удастся установить свободный контакт, и он не заинтересован в сотрудничестве, это ставит под сомнение все результаты, о чем психолог должен указать в заключении.

Говоря более академичным языком, помимо знания психодиагностических процедур, *клинический психолог должен владеть навыком анализа совместной деятельности*.

Самый короткий способ описания характеристики отношения к обследованию: «адекватное», «неадекватное», «формальное». Квалификация отношения к обследованию — важная часть клинического исследования, т. к. от этих характеристик прямо зависят валидность и достоверность результатов.

Признаки адекватного отношения к обследованию

1. Сформированность мотива экспертизы.

Признаки сформированного мотива экспертизы:

- а) адекватность эмоциональных реакций на успех и неуспех;
- б) адекватность реакции на корректирующие замечания экспериментатора;
- в) заинтересованность в результатах обследования.

Последнее (в) проявляется в следующем:

- прямые вопросы по поводу успешности/неуспешности выполнения заданий;
- уточнение неясных аспектов инструкции;
- аккуратность и старательность при выполнении задания.

2. Отсутствие признаков установочного поведения (см. ниже по тексту).

3. Отсутствие признаков психической патологии, препятствующей формированию мотива экспертизы.

Признаки неадекватного отношения к обследованию

1. Несформированность мотива экспертизы. Анализируются те же признаки, что и в случае сформированности мотива (см. выше), но с обратным знаком.

Наличие признаков установочного поведения. Под установочным поведением подразумевается *симуляция, агравация и диссимуляция*.

Симуляция — намеренное предъявление жалоб на психологические проблемы и затруднения, отсутствующие у испытуемого, с целью ввести психолога в заблуждение с последующим получением каких-либо выгод.

Агравация — намеренное преувеличение серьезности психологических проблем и затруднений, существующих у испытуемого, с целью ввести психолога в заблуждение с последующим получением каких-либо выгод.

Диссимуляция — намеренное отрицание либо преуменьшение значимости психологических проблем и затруднений, существующих у испытуемого, с целью ввести психолога в заблуждение с последующим получением какой-либо выгоды.

2. Наличие признаков психической патологии, препятствующей формированию мотива экспертизы. Примером может служить патология (негативная симптоматика) эмоционально-мотивационной сферы при некоторых формах шизофрении, патологии лобных отделов мозга, алкоголизме и т. п.

Признаки формального отношения к обследованию

Признаки те же, что и при неадекватном отношении к обследованию, но формальное отношение отличается тем, что *наблюдается в ситуации принуждения к обследованию*. В ситуации принуждения такое поведение следует признать адекватным ответом на нарушение суверенитета личности.

4) ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТАКТА С ИСПЫТУЕМЫМ

В краткой форме характеристика контакта может быть дана в четырех терминах. Контакт может быть *свободным, затрудненным, нарушенным и формальным*.

1. Свободный контакт отличается следующим: устанавливается легко и поддерживается в течение всего обследования. Испытуемый искренне отвечает на поставленные вопросы. Эмоциональные реакции живые, адекватные. Испытуемый «эмоционально синтонен».

2. Затруднения контакта возникают в силу различных, в том числе не психологических, причин. Например, ослабление слуха, зрения, наличие заикания. Контакт затруднен при низком интеллекте или при аутистическом или подростковом негативизме.

Нарушение контакта приводит к невозможности установления либо поддержания продуктивного контакта и, в конечном счете, недоступности испытуемого обследованию. Формальный контакт, как правило, отмечается в совокупности с формальным отношением к обследованию. Характеристика формального контакта: «Испытуемый активно в контакт не вступает, держится настороженно, уклоняется от прямых ответов на вопросы (вариант: часто отказывается отвечать на поставленные вопросы). Держится на дистанции, старается контролировать эмоциональные реакции, тяготеет ситуацией обследования».

5) ОСНОВНОЙ РАЗДЕЛ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

За описанием отношения к обследованию и контакта следует *основной раздел* заключения. Как правило, здесь психолог максимально свободен в выборе «композиции». Обязательным является только указание на то, какие психодиагностические методики были использованы при обследовании.

В большинстве обследований психолог использует более чем одну методику. Это усложняет структуру заключения и требует от психолога умения *совмещать* результаты нескольких методик. У начинающих специалистов и студентов в такой ситуации возникает сильное искушение описывать результаты каждой методики по отдельности, т. е. написать два заключения под одной «шапкой». Это неверное

решение, которого всячески следует избегать. Только так можно достичь профессионализма в составлении психологических заключений. Ведь в результате у читающего ваше заключение должно сложиться *целостное* представление о личности испытуемого. Задача психолога — объединить разрозненные данные воедино.

Планируя исследование и подбирая психодиагностический инструментарий, специалист, как правило, учитывает «пересечения» характеристик, выявляемых каждой методикой. Такой подход позволяет повысить валидность и достоверность выводов, ведь тогда результаты разных методик подтверждают друг друга. «Пересечение» характеристик позволяет объединять результаты в целое. Например, существует много таких пересечений между результатами методики изучения самооценки по (Дембо—Рубинштейн и исследованием уровня притязаний). И та, и другая методика характеризует *высоту самооценки, уровень оценки своих возможностей, различные аспекты реалистичности Я-концепции, устойчивость самооценки* либо процессов целеполагания.

Естественно, что помимо пересечений каждая методика имеет свои уникальные характеристики, которые тоже должны быть учтены при составлении заключения.

6) РЕЗЮМЕ

Заключение завершает *резюме*. Резюме выделяется в отдельный абзац и начинается вводными словами: «Итак, ...» или «Таким образом, ...». Это краткое и сжатое изложение результатов обследования. У резюме несколько задач:

- обобщить выводы анализа, проделанного в основной части заключения;
- подчеркнуть самые важные моменты и результаты обследования;
- сделать последнюю попытку разъяснить неспециалисту, читающему заключение, его основной смысл.

Если перед психологом ставились специальные вопросы, на которые он должен ответить в результате обследования, то они тоже выносятся в резюме.

Важное правило: в резюме не допустимы рассуждения и анализ, но только *изложение* уже полученных результатов. Поэтому *в нем не может быть ничего нового, что не присутствовало в основной части заключения*.

Как правило, при написании резюме используются три стилистических приема, помогающих кратко синтезировать несколько мыслей в одном предложении.

Первый прием использует метафору «фигура — фон» и выглядит примерно так: «Таким образом, на фоне того-то и того-то на первый план в исследовании выступило нечто». В качестве «фона» следует избирать особенности личности, так или иначе оказавшие влияние на большинство результатов обследования. Это может быть фон настроения, общая неустойчивость самооценки и целеполагания либо важная особенность отношения к обследованию и т. п. В конечном счете, психолог сам выбирает, что сделать «фоном», а что «фигурой», поскольку главное здесь — объединить результаты и подчеркнуть главное.

Второй прием (стилистический) используется тогда, когда результаты не дают возможности применить первый прием. Этот прием служит задаче *подчеркнуть*

главное. Он выглядит примерно так: «Итак, на первый план в исследовании выступило то-то и то-то».

Третий прием используется в комбинации с предыдущими для дополнения информации: «Таким образом, исследование выявило сочетание того-то с тем-то».

СХЕМЫ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СБОРА АНАМНЕЗА И ФОРМУЛИРОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Полуструктурированное интервью с родителями «История развития ребенка»

1-й год жизни

Масса тела ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденного, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия между ухаживающими). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены признаки, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни: наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук, подбородка, слишком ранние сроки вставания на ноги (до 7 месяцев), беспричинные крики, судороги на фоне высокой температуры тела (фебрильные судороги). Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения.

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, появление страха чужого лица), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оценивается понимание интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности собственно речевого развития (гуление, лепет, первые слова, фразы). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых. Отдельно отмечаются заболевания и(или) травмы первого года жизни.

В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

Оценка развития ребенка от 1 года до 3 лет

Выявляют, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, другими родственниками, например, с бабушкой, с няней или чужими

людьми, в дошкольном учреждении, ДOME ребенка и т. п.). В случае если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечают значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируют темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст возникновения местоимения «я», появление простых и сложных фраз, качество произношения звуков, элементы словотворчества, освоение соответствующих возрасту знаний и умений. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируют способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняют особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызывали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились).

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту. В этом же разделе необходимо оценить такой важный показатель эмоциональной стабильности как сон: его особенности в этот период.

Отмечают особенности познавательных интересов (в хорошем настроении возил машинки по полу или интересовался ими и знал огромное количество автомобилей различных марок).

Анализируют сроки и характер развития моторики (умение бегать), возможность производить реципрокные движения (маршировать, лазать вверх и вниз по лестнице, кататься на велосипеде); наличие элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики (самостоятельная еда, умение застегивать молнии и завязывать шнурки).

Отмечают сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь — когда стали приучать к горшку и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняют (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечают признаки неврологического неблагополучия.

История развития ребенка от 3 до 5—5,5 лет

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Так же отмечают семейные и социальные условия, основные

характеристики познавательного, в том числе речевого, эмоционального и моторного развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время необходимо отметить «ведущие» показатели развития ребенка в этот период — длительность и тяжесть и особенности протекания «кризиса 3 лет»; адаптация в детском учреждении: умение общаться со сверстниками, приспособление к требованиям социального окружения, наличие специфических реакций на посещение детского учреждения; особенности игры в целом как ведущей деятельности этого возраста.

В связи со свойственной этому возрасту дифференциацией моторных функций должно быть выяснено также наличие фактора леворукости у ребенка или у родственников.

История развития ребенка от 5,5 до 7 лет

Старший дошкольный возраст рассматривается преимущественно как «подготовительный» к дальнейшему обучению в школе.

Несоответствие результатов развития ребенка успехам других детей или непохожесть его на других, проблемы, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся трудностей, как с точки зрения поведения, так и с точки зрения познавательного развития. Также важно отметить уровень «готовности» к школьному обучению (знал ли буквы, умел ли читать по слогам, был ли прямой счет до 10). Необходимо выяснить такие особенности, как повышенная истощаемость внимания, темповые особенности ребенка (быстрый-медленный, пунктуальный), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне или без явных признаков истощения, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, важно отметить в дошкольном возрасте наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психическое развитие ребенка. Взаимоотношения с матерью, отцом (в треугольнике), сверстниками.

Способность к ролевой игре; желание и умение рисовать. Если ребенок посещал детский сад, то как строил взаимоотношения с воспитателями, детьми. Сон ребенка, наличие страхов, «кошмаров». Заболевания, психические травмы, реакция на них.

Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость».

Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10-11 лет)

Отмечают характер процесса адаптации к регулярному обучению (трудности адаптации, трудности поведения, непереносимость нагрузок) и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам. Необходимо отметить сроки и условия возникновения трудностей, например: невозможность работать в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу 2-й четверти 1-го класса по программе (1-3). Отмечают возникновение сопутствующих проблем (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной

расторженности и неуправляемости), анализируют причины их появления (например, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом в ситуации нарастания проблем адаптации ребенка в классе).

Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные стрессовые события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем («горизонтальные стрессоры»).

Есть ли контакты у родителей с учителями или они находятся в конфронтации?

Отношения с ровесниками также могут влиять на появление эмоциональных и поведенческих расстройств у младших школьников. Следует расспросить, кто является близким приятелем, чем они вместе занимаются. Как ребенок себя чувствует в неформальной группе?

Также следует оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и

общего состояния здоровья ребенка на нарастание проблем обучения и поведения, а также обратить внимание на наличие травм, госпитализаций и т. п., как возможных причин школьной дизадаптации.

Особенности подросткового возраста

Физическое состояние: рост, масса тела, физические особенности. Соматический статус, включая оценку полового развития. Соответствие физического развития возрасту, ретардация, акселерация. Характеристика степени личностной зрелости. Временная перспектива (жизненные планы). Характер общения со сверстниками, наличие реакций эмансипации и группирования. Характер взаимоотношений в семье с матерью, отцом, другими членами семьи.

Наличие или отсутствие тех или иных форм делинквентного поведения — манкирование школой, нарко-токсикоманические проблемы, сексуальное поведение.

Схема истории болезни

Жалобы. Необходимо структурировать и ранжировать жалобы по их значимости для клиента. Их оценка проводится по следующим параметрам.

1. Субъективные проявления болезни, которые беспокоят клиента или родителя в момент беседы со специалистом. Например, головные боли или манкирование учебой.

2. Проявления болезни, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц. Симптомы болезни, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление навязчивостей после критики матери).

При написании «Истории болезни» жалобы больного группируют в разделе «Жалобы» в соответствии с диагностической концепцией специалиста: вначале указывают специфические жалобы для основной болезни, затем — для ее осложнений, после чего следуют специфические жалобы сопутствующих нарушений, неспецифические жалобы и,

наконец, так называемые «нетипичные» жалобы, которые не соответствуют в той или иной мере диагностической концепции. Что касается раздела «История заболевания», то в нем симптомы, фигурировавшие в «жалобах», выстраиваются в хронологическом порядке, поскольку жалобы рассматриваются в динамике. Итак, в разделе «Жалобы» отражают беспокоящие больного проявления заболевания безотносительно взаимного их развития во времени, а значит, некоторая статистическая картина болезни, в то время как в «Истории заболевания» описывается (и выясняется при опросе) развитие симптомов во времени, то есть динамика болезни или расстройства поведения. По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем клиента: —невротический симптом или поведенческая проблема сами по себе диагнозом не являются, так как могут сочетаться с другими симптомами и служить проявлениями любого психиатрического синдрома;

—проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) может играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков;

—резидуальные симптомы общего расстройства развития, а также специфические расстройства развития могут проявляться в виде невротических или поведенческих расстройств, для отличия от последних их именуют неврозоподобными;

—особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство;

—поведенческие проблемы, синдром дефицита внимания и разнообразные специфические жалобы (такие как тики, заикание и т. д.) могут появляться изолированно, быть симптомами отдельного психического расстройства или отражать психиатрическую коморбидность;

—проблемы адаптации-дизадаптации могут встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут быть следствием как легких, так и серьезных клинико-психопатологических расстройств, служить проявлением невроза, расстройства личности, эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями клиента, его экосистемой, а не только с самим клиентом.

Анамнез жизни пациента. Развитие ребенка выясняется вплоть до сегодняшнего дня. Также собираются данные о семейной истории и микросоциальном окружении.

Семейный анамнез.

Прародительские семьи. Генеалогия семьи матери пациента. Генеалогия семьи отца пациента. Характеристики прародительских семей (состав, особенности характера, взаимоотношения между членами семей, заболевания т. д.).

Родительская семья. Возраст при вступлении в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов (кто, в каких отношениях, возраст и т. д.). Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности.

Акушерский анамнез матери. Давность и характер предыдущих беременностей. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие аборт, их мотивы, влияние на супружеские отношения родителей. Здоровье родителей к моменту беременности пациентом, ее желательность, ожидания по полу ребенка, совпадения или разочарования кого-либо из родителей в поле ребенка, его внешности, характере. Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения между родителями между беременностями; с другими родственниками и членами семьи.

Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства.

Масса тела ребенка при рождении, крик, характеристика периода новорожденности, его особенности.

1-й год жизни. Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия между ухаживающими).

Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери.

Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка.

Сон на 1-м году жизни; реагирование на одиночество; заболевания, психические травмы, отрывы от матери и т. д.

2-й год жизни. Возраст начала ходьбы, развитие речи, навыков опрятности и самообслуживания. Реагирование родителей на достижения ребенка. Характер поощрений и наказаний. Характер игры; способность оставаться в одиночестве, его переносимость. Характер сна. Описание личностных особенностей ребенка. Заболевания и психические травмы 2-го года.

3— года. Взаимоотношения с матерью и отцом, характер игры; способность к сюжетной игре. Развитие познавательной сферы, интересов, степень и качество самообслуживания. Особенности поведения с матерью, отцом, другими членами семьи. Переносимость критики. Умение играть в одиночестве, с родителями, другими детьми. Наказания и поощрения, их переносимость. Характеристика сна. Заболевания и психические травмы, их переносимость.

5— лет. Взаимоотношения с матерью, отцом (в треугольнике), сверстниками. Способность к ролевой игре; рисунки. Если ребенок посещал детский сад, как строил взаимоотношения с воспитателями, детьми. Сон ребенка, наличие страхов, «кошмаров». Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость». Заболевания, психические травмы, реакция на них.

7—2 лет. Особенности построения взаимоотношений по вертикали и горизонтали. Развитие познавательной сферы, сферы интересов, сферы общения. Особенности характера. Заболевания и психические травмы, их переносимость.

12—5 лет. Особенности взаимоотношений в семье, со сверстниками своего и противоположного пола. Развитие познавательной сферы. Характер интересов.

Характеристика личностных особенностей ребенка. Заболевания, психические травмы, реакция на них. Характер пациента по его собственному описанию, со слов каждого из родителей, со слов других членов семьи, друзей, педагогов и т. д. Наличие или отсутствие резкого изменения характера.

Анамнез заболевания. Время возникновения. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (особенно психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов в лучшую сторону, а что в худшую. Психиатрическое обследование после анализа жалоб, сбора анамнеза должно сопровождаться описанием психического статуса пациента примерно по следующей схеме с вариантами формулировок по разделам.

Сознание (ориентировка в собственной личности, месте, времени).

Поведение, внешний вид (особенности позы, мимики, жестов, выражение лица, манера держаться, странности в поведении). Психомоторное поведение. Мимика скудная (живая). Выражение лица (веселое, грустное, угрюмое, злобное, задумчивое). Жестикулирует активно (мало, сидит без движения). Двигательно заторможен.

Контакт, его характер. «Продуктивному контакту не доступен. На обращенную к нему речь реагирует медленно. На вопросы не отвечает». Невербальные признаки коммуникации (пассивное, агрессивное или уверенное поведение). Характеристика сферы общения пациента.

Настроение (описание). Аффекты. Следует наблюдать за такими аффектами как тревога, депрессия, страх, чувство вины, агрессия, апатия, депрессия. Эмоциональная сфера, вегетативный компонент эмоций, их устойчивость, выразительность. «Ребенок безразличен к своему состоянию (эмоционально устойчив, тревожен, сильно взволнован). Боится темноты (высоты, полетов на самолете, толпы, открытых пространств, тяжелого заболевания)». Суицидные мысли и намерения.

Познавательная сфера. Внимание (устойчивость, переключаемость, отвлекаемость, привлекаемость, истощаемость). Память (кратковременная, долговременная, наличие патологических нарушений памяти). Характеристика мышления: 1) по темпу; 2) по структуре; 3) по наличию (отсутствию) продуктивных нарушений. «Ребенок отмечает состояния, при которых ему трудно справиться с потоком мыслей (происходит внезапный обрыв мыслей, возникает чувство пустоты в голове, провал, закупорка мыслей); иногда бывают состояния, при которых он перестает узнавать слова при чтении, плохо понимает значение длинных фраз». «Иногда бывают мысли о том, что он может сказать или сделать что-то против своей воли, ударить кого-нибудь (по какому-нибудь предмету), выкрикнуть какую-нибудь непристойность (ругательство)». «Подросток склонен к бесплодному мудрствованию, нелепым обобщениям».

Конкретность-абстрактность мышления, умение определять сходства, различия, исключение лишнего, составлять рассказ, последовательность по сюжетным картинкам или по программному материалу, читать стихи, понимать метафоры, «крылатые» выражения, пословицы и поговорки; счет в прямом и обратном порядке, чтение и письмо.

Оценка интеллекта. Запас общих сведений и представлений об окружающем мире. Суждения и критика. Для оценки способности ребенка к правильному суждению и критике можно спросить его, что, по его собственному мнению, вызвало необходимость консультации, как ребенок относится к отклонениям в поведении, кто и что ему может помочь.

Наличие психотических симптомов — галлюцинаций, бреда, расстройств восприятия. «Ребенок слышит голоса, которые звучат внутри, носят дружелюбный характер». «Он слышит обоими ушами (одним ухом), если он затыкает уши, то продолжает (перестает) их слышать». «Он стал чувствовать, что обычная пища изменяет свой вкус, вкусовые ощущения испытывает в связи с приемом пищи. Он отмечает ощущение инородного тела на коже (внутри живота, в голове). Подросток испытывает ощущения, когда окружающие предметы кажутся ему искаженными (странными, непохожими на себя, расположенными на более дальнем (близком) от него расстоянии, совсем незнакомыми). Отмечает, что форма предметов необычная (уменьшенная, увеличенная), испытывает состояние «уже виденного». «Ребенок ощущает временами уменьшение (увеличение) своего тела (частей тела) при закрытых (открытых) глазах. Он отмечает чуждость собственных мыслей, чувств. События, происходящие с ним, наблюдает как бы со стороны».

Самооценка. Адекватная, низкая, колеблющаяся, зависящая от внешних оценок. Вопреки широко распространенному мнению, мы не выделяем завышенную самооценку. Высказывания клиентов типа «Я особенный..., никто не способен на то, что делаю я, ... у меня много идей, ... особенный темперамент...» — есть отражение пониженной самооценки, прошедшей гиперкомпенсаторную трансформацию [Эйдемиллер Э. Г., 2003].

Особенности личности ребенка. Характеристика степени личностной зрелости. Временная перспектива (жизненные планы). «Условная приятность» симптомов. Внутренняя картина болезни (как понимает пациент свои симптомы, их значение). Объяснение (понимание) родственников (матери, отца, других родственников) по тем же критериям. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство). Знает ли ребенок причину обращения к специалисту, может ли он прямо обсуждать эту тему или это следует делать опосредованно (через разговоры и игру, рисунки, методику взаимного рассказывания сказок, использования психодиагностических методов).

Ресурсы и положительные особенности ребенка. Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии. Получение информации о мотивации пациента к изменениям.

Физическое состояние: рост, масса тела, физические особенности. Соматический статус, включая оценку полового развития.

Неврологический статус. Функции ЦНС. Необходимо исследовать даже легкие нарушения речи, грубой и тонкой моторики, распознавание правой и левой стороны, снижение мышечного тонуса, обращать внимание на нистагм, косоглазие, асимметрию рефлексов, право- или леворукость, предпочитаемую ногу, тремор, глазодвигательные

реакции, гиперкинезы и общий уровень активности, манеру общения. Пространственно-временные представления, их сформированность.

Заключение должно отражать диагноз, необходимость проведения дифференциального диагноза. В случае проведения психодиагностического исследования указать необходимость изучения конкретных психических функций, например, мышления. Кроме того, заключение должно отражать план лечения и реабилитации.

План описания психического статуса детей и подростков

Поведение, внешний вид больного. Доступность (малодоступен, внешне доступен). Манера себя держать (спокоен, волнуется, смущен и т. д.). Особенности позы, выражения лица, взгляда, мимики. Речь (запас слов, манера говорить и другие особенности — медленная, скороговорка, с задержкой, дефекты). Естественен, манерен, жеманен, робок и т. д. Вежлив, груб, любезен.

Общителен, замкнут, упрям, безразличен, негативистичен. Разговорчив, неразговорчив, запинаясь, заикается, употребляет заученные слова-штампы.

Проявляет доверие, недоверие. Своеобразные манеры. Странности в поведении.

Сознание, ориентировка в окружающем. Ориентировка в месте, времени, окружающих. Анализ собственного состояния. Наличие формальных психических расстройств: галлюцинации, бред. Сведения о прошлом (для характеристики личности). Планы на будущее.

Отношение к данному учреждению. Охотно ли остался, как быстро привык и ассимилировался. Поведение в первые дни.

Психомоторная сфера. Излишняя подвижность (суетлив, постоянное двигательное беспокойство, болтлив и т. д.); малоподвижность (заторможенность, угловатость), двигательное спокойствие, порывистость. Дать задание написать короткую фразу обычным темпом и быстро, определить разницу в скорости.

Осанка: естественная, напряженная, манерная, свободная, скованная.

Движения: свободные, плавные, сдержанные, порывистые. Обилие или бедность движений.

Мимика: живая, невыразительная.

Улыбка: смущенная, неадекватная речи и др.

Голос: богатый интонациями, тусклый.

Социальная установка. Сливаётся ли с детским коллективом или стоит

особняком. Отношение к товарищам и персоналу. Открытый, общительный, замкнутый, скрытный, избирательно общителен; доверчивый, недоверчивый, озлобленный, неискренний, льстивый, энергичный, боязливый, мнительный, юморист, подтрунивает над собой.

Преобладающий эмоциональный тонус и его устойчивость. Преобладающее настроение: спокойное, веселое, угрюмое, раздражительное и др. Расстройства настроения: повышенное или подавленное. Лабильность эмоционального тонуса. Наклонность к сменам настроения, спонтанные и реактивные смены настроения. Продолжительность и частота этих смен, периодичность.

Возбудимость: повышенная или пониженная эмоциональная возбудимость.

Адекватность эмоциональной возбудимости, количественная и качественная.

Патологическое усиление эмоциональной возбудимости (сенситивность, плаксивость, пугливость, страхи).

Способность задерживания и переработки эмоциональных переживаний:

продолжительность переживаний (долго помнит обиду, горе или быстро забывает). Неустойчивость эмоций. Патологически длительные переживания, вязкость и длительность аффекта. Наклонность к застреванию на отдельных переживаниях. Наличие навязчивых эмоций.

Способность отреагирования эмоциональных переживаний: быстрота отреагирования эмоций. Наклонность к аффективным вспышкам, к формированию эмоциональных комплексов.

Аффекты злости, гнева, тоски, страха. Сила и продолжительность аффекта, достигают ли они степени патологического, то есть приводят ли к сужению сознания. Физиологические проявления аффекта (вазомоторные и двигательные) — плач, рыдания, резкое покраснение, дрожь, топот ногами, ругань, драки, крик, уединение, швыряние предметов.

Формальные особенности эмоциональной реакции: единство и цельность эмоциональной реакции. Расщепленность, амбивалентность эмоций. Причудливость и противоречивость эмоциональных проявлений. Влечение к самоутверждению. Повышенное самолюбие, стремление выделиться. Стремление к рисовке, позе. Эгоцентризм. Забота о собственной выгоде. Эгоизм, жадность, корыстолюбие. Агрессивность, драчливость, жестокость. Влечение к пище (лакомка, обжора). Сексуальность: онанизм, интерес к противоположному или своему полу, другие формы. Привязанность к родным, близким. Доброта, нежность, сострадательность, ласковость. Злобность, грубость, дерзость, злопамятность, злорадство. Влечения: основные, аффективные, импульсивные, направляющие поведение. «Общественные» чувства: чувство товарищества, ответственности, совестливости, принципиальности. Эстетические чувства, связанные с музыкой, живописью, литературой, театром и т. д. Эмоции, связанные с интеллектуальной работой (удовольствие, неудовольствие). Повышенная импульсивность, раздражительность, поступки по типу «короткого замыкания». Преобладание обдумывания. Систематичность, последовательность в действиях.

Длительная борьба мотивов. Способность к задержке — нерешительность.

Характер реакции: стеничный, астеничный, лабильный. Стеничность — активность, решительность, энергичность (самоуверенность, самонадеянность, стремление быть

вожаком, сопротивляемость внешним влияниям). Астеничность —пассивность, нерешительность, неуверенность в себе, мягкость и уступчивость внешним влияниям.

Сопротивляемость внешним влияниям: легкая внушаемость, подражательность, автоматическая подчиняемость. Повышенная сопротивляемость требованиям окружающих. Упрямство, негативизм (пассивный, активный).

Патологические проявления: каталепсия, стереотипии, эхоталия, эхопраксия. Навязчивые действия, импульсивные действия. Антисоциальные поступки: ложь, воровство и др.

Работоспособность и интеллектуальная активность: установка в работе.

Кривая работоспособности (продуктивнее в начале, в середине, к концу). Темп работы (медленный, быстрый, средний, неровный). Способность к напряжению в интеллектуальной или физической работе. Неусидчивость в работе (не доводит до конца). Неряшливость, аккуратность, педантичность в исполнении. Как быстро утомляется, в чем проявляется утомление. Равномерен ли в работе или отмечается периодически изменяющаяся работоспособность и с чем это связано. Нерешительный, неуверенный, ищет поддержки, сам себя ободряет, спонтанно нуждается в побуждениях. Выполняет работу спокойно, горячо, педантично, несерьезно, серьезно. Самопроверка, сознание неудачи, устремленность на цель. Обходит трудности, задерживается на них, не замечает препятствий, другие варианты, своеобразие.

Внимание. Привлекательность внимания. Сила сосредоточения, устойчивость, истощаемость. Распределенность внимания, его объем. Преобладающее внимание—пассивное, активное. Результаты экспериментального исследования.

Восприятие: обилие и богатство восприятия, точность или расплывчатость, поверхностность.

Память: быстрота и точность запоминания, ретенция. Точность воспроизведения, тип памяти.

Ассоциативные процессы: обилие ассоциаций. Быстрота ассоциативного процесса. Преобладающий характер ассоциаций. Координированность. Наличие направленных ассоциаций. Разорванность, побочные ассоциации. Персерверации, застревания.

Мышление: тип мышления. Наклонность к абстрактному или конкретному типу. Установление различия и сходства по существенным / несущественным признакам. Способность к оперированию отвлеченными понятиями. Наклонность к резонерству. Влияние эмоций на суждения (объективность мышления). Сметливость, находчивость, способность к комбинированию.

Воображение: богатство, бедность (написать любые 25 слов).

Круг представлений об окружающем мире: явлениях природы, событиях культуры, увлечения и т. д.

Общий уровень интеллектуального развития по психическому статусу и по методикам.

Схема написания клинико-психотерапевтического заключения

Повод обращения. Кто направил. Жалобы. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство).

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Первый уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего занятия в школе или работу членов семьи, отношения с более дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновения психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие варианты травмирующей или обедненной внешней среды. Это традиционная область социальной психиатрии, социальных работников, служб занятости, классных руководителей, комиссий по делам несовершеннолетних. Примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками или коллегами, роль «козла отпущения», хронический стресс в работе.

Уровень 2. Проблемы в семейной системе. На этом уровне рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение идентифицированного пациента анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза. Структура семьи. Иерархия. Сплоченность. Границы. Коммуникация. Треугольник как единица оценки семейной системы. Коалиции. Стадия жизненного цикла. Семейная история. Горизонтальные и вертикальные стрессоры.

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории обучения. Контакт. Невербальные признаки коммуникации. Пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение. Развитость социальных навыков. Характеристика сферы общения пациента. Самооценка: адекватная, низкая, завышенная. Способность к адаптации, устойчивость к стрессу. Копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом). Аффекты. Следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия. Мотивы поведения. Надо исследовать мотивы поведения, особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии. Обратит внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить

блокировку основных потребностей, определить временную перспективу. Характеристика степени личностной зрелости. «Условная приятность» симптомов. Суицидные мысли и намерения. Ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного. Для данного уровня наиболее частым диагнозом является «невроз» или «невротический конфликт». Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую сторону и неосознаваемую, или «двойное дно». В этих случаях стороннего наблюдателя поражают противоречия и неадекватные реакции. Защитные системы. Наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения. Невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукации эмоционального напряжения. Выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению (связь между иррациональными установками и поведением).

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. Здесь формируются длительные и глубинные свойства и отклонения. Это касается различных аспектов, как «искаженного», так и «поврежденного» развития, к ним относятся аутизм, расстройства личности, а также специфические аномалии развития. Гипотезы на этом уровне не дают оснований для терапевтического оптимизма.

Уровень 6. Биологические нарушения. На этом уровне при наличии оснований формулируется гипотеза, когда биологические факторы являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Помощь на этом уровне является в основном медикаментозной.

Заключение.

Функция симптомов в семейной системе. Получение информации о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии. Планирование психотерапии. Цели психотерапии, этапы терапии, возможные терапевтические процедуры в начале работы со всей семьей и отдельным пациентом. Число сеансов.

Темы рефератов (примерный список)

Требования к написанию реферата, рекомендуемая структура:

1. Реферат должен иметь титульный лист, содержание.
2. Введение. В нем излагается цель и задачи работы, обосновывается выбор темы и её актуальность. Объём: 1—2 страницы.
3. Основная часть. Представлена точка зрения автора на основе анализа литературы по проблеме. Реферат должен быть написан простым, ясным языком. При написании следует избегать сложных грамматических оборотов, неизвестных символов и сокращений, бездумного списывания текста источников. В реферате могут быть приложения в виде схем, анкет, диаграмм и прочего. В оформлении реферата приветствуются рисунки и таблицы. Объём: 12—15 страниц. Текст реферата оформляется в соответствии со стандартными требованиями. Цитаты, ссылки (отсылки) и сноски должны быть оформлены соответственно требованиям.

4. Заключение. В заключении формируются выводы и предложения. Оно должно быть кратким и четким, выводы должны вытекать из содержания основной части. Этот раздел позволяет судить об эрудиции студента, его умении анализировать и обобщать информацию. Объём: 1—3 страницы.
5. Список используемой литературы

Примерные темы рефератов:

1. Расстройства восприятия у детей и подростков.
2. Расстройства мышления у детей и подростков.
3. Нарушения внимания у детей и подростков.
4. Мнестические расстройства у детей и подростков.
5. Нарушения интеллекта у детей и подростков.
6. Эмоционально-волевые расстройства у детей и подростков.
7. Расстройства влечений у детей и подростков.
8. Расстройства сознания у детей и подростков.
9. Расстройства поведения (патохарактерологические реакции, типы деструктивного поведения у подростков и аддиктивные расстройства).
10. Перечислите принципы построения патопсихологического эксперимента и раскройте их содержание.
11. Что изучают с помощью патопсихологических и нейропсихологических методов исследования? Приведите примеры патопсихологических и нейропсихологических методик.
12. Многоосевая диагностика в клинической практике.
13. Патологическое формирование личности у подростков.
14. Конституциональные расстройства характера у детей и подростков.
15. Акцентуации характера и психопатии (возбудимого, истероидного, эпилептоидного, шизоидного, астенического круга, психастения).
16. Психосоматическая проблема: сущность, исторический обзор, сложившиеся подходы к решению.
17. Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни.
18. Основные синдромы психических расстройств в детском и подростковом возрасте (СДВГ, тревожно-фобический, астенический, ипохондрический).
19. Психогенные расстройства у детей и подростков.
20. Невротические расстройства у детей и подростков (ипохондрический, истерический, депрессивный неврозы, неврастения).
21. Невротические расстройства у детей и подростков (невроз навязчивых состояний, нервная анорексия, дисморфофобия).
22. Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии (шизофрения, аффективные психозы у детей и подростков, эпилепсия, олигофрения).
23. Опишите стадии психического развития детей, используя наиболее близкую Вам теорию и применяя такие понятия, как движущие силы развития, стадии (периоды), кризисы, психологические новообразования.

Примерные темы докладов:

1. Виды нарушенного психического развития у детей и подростков.
2. Возрастные особенности нарушений в развитии у детей и подростков.
3. Нейропсихологические факторы нарушений в развитии у детей и подростков.
4. Психологические особенности у детей с различными психосоматическими расстройствами.
5. Невротические расстройства у детей и подростков.
6. Психопатии, психопатоподобные расстройства, акцентуации характера у подростков.
7. Коррекционная работа с детьми и подростками с нарушениями в развитии.
8. Социально-психологические факторы развития современных детей и подростков.
9. Семья как фактор формирования отклонений в развитии у детей и подростков.
10. Биопсихосоциальный подход в рассмотрении психических расстройств у детей и подростков.

4.3 Вопросы для подготовки к зачету

Перечень вопросов к зачету

1. Обобщите информацию касательно истории клинической психологии детей и подростков (ОК-1).
2. Основываясь на знаниях о типах психодиагностических методов, подберите оптимальные методы для эмпирического обследования и последующего анализа детей и подростков (ПК-1, ПК-3).
3. Основываясь на знаниях о типах психодиагностических методов, подберите оптимальные методы для нейропсихологического обследования и последующего анализа детей и подростков (ПК-1, ПК-3).
4. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о типах классификаций психического дизонтогенеза (ПК-3).
5. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию об общем психическом недоразвитии (ПК-3).
6. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о задержках психического развития (ПК-3).
7. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о поврежденном психическом развитии (ПК-3).
8. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о дефицитном психическом развитии (ПК-3).
9. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию об искаженном психическом развитии (ПК-3).
10. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о дисгармоническом психическом развитии (ПК-3).
11. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию об уровнях возрастного реагирования на воздействие негативных факторов (ПК-3).
12. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию об этиологии и патогенезе дизонтогенеза (ПК-3).
13. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о возрастной специфике в патопсихологии (ПК-3).
14. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о закономерностях психического развития в норме и патологии (ПК-3).
15. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о принципах нейропсихологии детского возраста (ПК-3).

16. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о формировании межполушарных взаимодействий в онтогенезе (ПК-3)
17. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о функциональной несформированности лобных отделов мозга (ПК-3)
18. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о функциональной несформированности левой височной области (ПК-3)
19. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о функциональной несформированности мозолистого тела (транскаллозальных межполушарных взаимодействий) (ПК-3)
20. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о функциональной несформированности правого полушария (ПК-3)
21. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о функциональной дефицитности базальных ядер мозга (ПК-3)
22. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о функциональной дефицитности стволовых образований мозга-дисгенетический синдром (ПК-3)
23. На основе самостоятельного изучения литературы и источников проанализируйте проблемы психосоматики (ПК-3).
24. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию об общей характеристике психосоматических расстройств у детей и подростков (ПК-3).
25. Основываясь на имеющихся знаниях, обобщите информацию о частных проявлениях психосоматических расстройств у детей и подростков (ПК-3).
26. На основе самостоятельного изучения научной информации дайте определение психотерапии и психологической коррекции (ПК-3).
27. На основе самостоятельного изучения научной информации проанализируйте принципы психологической коррекции (ПК-3).
28. На основе самостоятельного изучения научной информации проанализируйте классификацию видов психологической коррекции (ПК-3).
29. На основе самостоятельного изучения научной информации проанализируйте теоретические модели психологической коррекции (ПК-3).
30. Основываясь на знаниях о психологических особенностях детей и подростков, проанализируйте методы и формы психотерапии в работе с детьми и подростками (ПК-3).
31. Этические и социальные аспекты психологической диагностики, психокоррекции психических расстройств у детей и подростков (ОК-1).

Банк тестовых заданий

Пример тестовых заданий для контроля знаний по теме «Детская психотерапия и психокоррекция»

1. На чем основано установление границ с внешним миром у ребенка первого года жизни?
 1. На переживании удовольствия и неудовольствия, изменении направления агрессии с собственного тела во внешний мир.
 2. На создании доверительного контакта с матерью и обучении через игру.
 3. На переносе либидинозного катексиса с тела матери на свое собственное.

2. Какую основную проблему своего личностного развития решает ребенок в 5-6 лет?
 1. Формулирование собственного мировоззрения
 2. Зависимости-независимости в отношениях с матерью
 3. Взаимодействия в семейном треугольнике
 4. Проблему отношений с представителями противоположного пола.

3. Основная проблема ребенка с невротическими расстройствами по А.Адлеру.
 1. Проблема структурирования времени
 2. Проблема физической и психической неполноценности
 3. Проблема успеваемости в школе
 4. Проблема интеллектуального развития
 5. Проблема эмоциональной нестабильности

4. Главная причина невротических расстройств у детей по К.Хорни:
 1. Неблагоприятный ранний опыт межличностных отношений
 2. Наличие психосоматических нарушений
 3. Наличие резидуально-органических расстройств
 4. Идеаторные нарушения
 5. Низкая поисковая активность

5. Какие из психологических защит преобладают у ребенка?
 1. Рационализация
 2. Интеллектуализация
 3. Образование симптомов
 4. Сублимация