

Ситуационные задачи

Психотерапия

medkeys.ru/product/psihoterapiya/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 21 года пришла на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * снижение энергии, повышенную утомляемость * снижение интересов и удовольствия от деятельности * уменьшение уверенности в себе * ухудшение работоспособности

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечалась некоторая нестабильность эмоционального состояния. Бывали периоды, когда чувствовала себя эмоционально подавленной, снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Вместе с тем присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышалась уверенность в себе, в такие периоды могла быть настойчивой, эмоционально отстаивала свои интересы. Не придавала значения этим колебаниям настроения, так как они не оказывали сильного влияния на жизнь, самостоятельно проходили. В середине текущего года ездила на 4 месяца в зарубежную поездку (с июня по сентябрь) по специальной программе, с рабочей целью, а также «посмотреть страну». Там, в течение всего времени, чувствовала себя на эмоциональном подъеме, находилась в эйфории, ощущала прилив энергии, сил. Была очень активной, много работала, хватало время и на отдых. Строила многочисленные оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, могла спать по 3 часа в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. Ночи после работы часто проводила в клубах, где тратила много денег. В итоге потратила все деньги, что смогла заработать. Снизилось чувство опасности. Проживала во время отдыха в районе с повышенной криминогенной обстановкой, но абсолютно не придавала этому значения, свободно ходила по улицам. Состояние самой больной расценивалось как «положительное», субъективно не доставляло никаких проблем. В сентябре вернулась обратно в Россию. Возобновилась учеба в университете. Вырос уровень стресса в связи с повышенными учебными нагрузками. Приходилось мало спать, готовиться к передаче зачетов и одновременно к текущим занятиям и контрольным. В связи с этим возникло чувство загнанности, усилилась раздражительность. С октября психическое состояние начало меняться. Стали снижаться настроение, уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, чувство оптимизма сменилось пессимизмом, безрадостностью. К декабрю состояние стало существенным, сильно ухудшилась работоспособность. В связи с

участившимися пропусками занятий, возникла академическая задолженность по разным дисциплинам. Столкнулась с непониманием преподавателей. Не успевала со всем справиться, вырос уровень стресса. Решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила гуманитарные науки. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавала значение. После окончания школы поступила в институт иностранных языков. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось, до октября текущего года училась хорошо, преподаватели отмечали ее успехи. В настоящий момент учится на 4 курсе. Проживает совместно с родителями. Обычно алкоголь употребляет редко, однако летом был период, когда часто ходила в ночные клубы, где могла выпить 2-3 алкогольных коктейля. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 70 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчива, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 2 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. Не находит этому особой причины. В настоящее время отмечает безразличие, равнодушие к окружающему и

происходящему вокруг, снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость, особо расстраивающее чувство тяжести в руках и ногах. Пытается соблюдать распорядок дня, но это не помогает. Снижена уверенность в себе, считает себя неспособной к учебе и нормальной жизни. Снижены желание общаться с кем-либо и работоспособность. В связи с этим испытывает затруднения в учебе. Накопившиеся проблемы «еще больше подавляют». Имеет представление что надо делать, но «силы и мотивация отсутствуют». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 9 часов. Испытывает дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больной можно поставить диагноз

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить, прежде всего, с

- шизоаффективным расстройством
- циклотимией
- рекуррентным депрессивным расстройством
- обсессивно-компульсивным расстройством

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больной является

- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз

- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больной текущего депрессивного эпизода легкой тяжести является

- флуоксетин
- ламотриджин
- прегабалин
- мirtазапин

Когнитивно-поведенческая психотерапия у больной

- позволяет предотвратить развитие последующих депрессивных фаз
- увеличивает устойчивость к стрессам
- подавляет инстинктивные импульсы, посредством чего удастся избежать болезненных чувств
- удовлетворяет жизненные потребности

Задача психообразования в данном случае состоит в обучении

- техникам первой помощи при развитии побочных эффектов психофармакотерапии
- экспрессивному выражению чувств родственникам больной
- приверженности режиму терапии и регулярному мониторингованию лабораторных анализов
- навыкам самостоятельного подбора терапии в зависимости от симптоматики эпизода

Процесс когнитивно-поведенческой психотерапии больной начнется с

- отказа её невротической личности от реализации своего Я на уровне фальшивых отношений и ролей
- сужения фокуса внимания до степени, при которой системы отсчета станут уязвимыми для депотенциализации
- формулировки отдельных проблем с акцентуацией на роли неадекватных убеждений, провоцирующих автоматические мысли
- преодоления сопротивления, связанного с распространенным «комплексом неумения», смущением перед непривычным занятием

К психосоциальным факторам риска неблагоприятного течения биполярного аффективного расстройства у больной относится

- склонность интерпретировать физические ощущения как катастрофические сигналы

- неэффективный учебно-воспитательный процесс в университете
- высокий уровень жизненного стресса
- соблюдение жесткого распорядка дня

Основная профилактическая цель психотерапевтического вмешательства у больной состоит в

- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- формировании установки на ведение здорового образа жизни
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний

Психотерапию больной в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- формировании установки на ведение здорового образа жизни
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * повышенную утомляемость, слабость * снижение мотивации * откладывание дел * ухудшение продуктивности на работе

Анамнез заболевания

В возрасте 21 года, во время учебы на 4 курсе бакалавриата, был длительный период выраженной эмоциональной подавленности, ухудшения работоспособности. Тогда, начиная с октября, в течение почти полугода, находился в состоянии апатии, снижения энергии, сил. Повышалась сонливость. Было постоянное ощущение истощения, хотелось, «чтобы все оставили в покое, и не было никаких дел». Испытывал проблемы с выполнением учебной нагрузки, пропускал занятия в университете. Зимнюю сессию удалось с трудом сдать на одни удовлетворительные оценки. Это было неестественно, так как до этого периода всегда был увлечен учебой и хорошо сдавал экзамены. В марте

состояние само по себе стало улучшаться. К апрелю чувствовал себя стабильно «хорошо». Нормализовалось настроение. Восстановилась работоспособность. Успешно закрыл все задолженности по учебе и закончил бакалавриат. В возрасте 23 лет, после окончания магистратуры, в течение приблизительно двух месяцев чувствовал себя ежедневно на эмоциональном подъеме, ощущал прилив энергии, сил. Был оптимистичным, активным, увлеченным новой работой. Строил карьерные планы. Не смотря на существенную занятость на работе, хватало время и на отдых. Часто встречался с друзьями. Знакомился с девушками. Строил многочисленные планы на будущее. Относительно сократилась потребность во сне, мог спать по 6,5-7 часов в сутки и чувствовать себя бодрым после пробуждения и весь дальнейший день. Самочувствие расценивалось как «положительное», не доставляло никаких проблем. В дальнейшем состояние самостоятельно выровнялось, пропала повышенная энергичность, стал чувствовать себя «обычно», «нормально». В августе текущего года, за три месяца до обращения за помощью, вырос уровень стресса в связи с конфликтом, который произошел с новым сотрудником на работе. На фоне этого психическое состояние вновь начало меняться. Стало снижаться настроение, уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, пессимизма. Ухудшилась работоспособность. Не понимал, почему так плохо себя чувствует. Решил обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Родился и всю жизнь прожил в Москве. Второй по счету ребенок в семье. Есть старшая сестра. До трех лет плохо говорил. Проходил логопедическую коррекцию. С 5 лет речевые функции соответствовали возрасту. Со слов больного мать периодически страдает депрессиями. Было несколько эпизодов, в том числе после родов, лечилась у психиатра. Отец психически здоров. Его характеризует как человека позитивного, надежного, требовательного. В целом родители всегда во всем старались помогать, активно участвовать в жизни, опекали. Посещал детский сад, хорошо адаптировался в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает положительно. Имел друзей, был активным, общительным, ответственным. После окончания школы учился в университете. Испытывал трудности с академической нагрузкой на последнем курсе бакалавриата из-за периода подавленного настроения. При этом в целом учился хорошо, был целеустремленным, планировал дальнейшую учебу и область работы. После окончания магистратуры, в возрасте 23 лет, устроился на работу в крупную компанию. Испытывал эмоциональный подъем. В начале был увлечен работой. Но затем начался стабильный период, когда не происходило изменений ни в профессиональной области, ни в личной жизни. Три месяца назад, в августе текущего года, в отдел пришел новый сотрудник, с которым сложились тяжелые отношения. На фоне этого стало ухудшаться

самочувствие. Проживает один на съемной квартире. Страдает хроническим гастритом, который обостряется 1-2 раза в год. Алкоголь употребляет редко. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 78 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 125/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчив, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 3 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. Чувствует, что в последние две недели оно ухудшается. Причины этому не находит, связывает «возможно с уменьшением светового дня». Описывает конфликт с новым коллегой по работе, который произошел три месяца назад. Но, не смотря на то, что эти взаимоотношения держат в некотором напряжении, сильно на работу и перспективы не влияют. Наоборот понимает свою объективную ценность на работе. В течение этих трех месяцев появились и стали нарастать безразличие, равнодушие к окружающему и происходящему вокруг, снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, отсутствие сил, снижение мотивации, слабость, особо расстраивающее чувство тяжести в руках и ногах. Часто думает, что «сам во всем виноват, не оправдывает надежд, совершает много ошибок». Осуждает себя за лень, откладывание дел, низкую продуктивность. Снижены желание общаться с кем-либо и работоспособность. При этом объективно с делами с трудом, но справляется. Имеет представление, что надо делать, но «ухудшились силы и мотивация». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются.

Аппетит в норме. Ночью спит по 9 часов. Испытывает легкую дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- формировании установки на ведение здорового образа жизни
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- формировании установки на ведение здорового образа жизни
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- формировании установки на ведение здорового образа жизни
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний

Диагноз

Фактором риска развития биполярного аффективного расстройства у больного является

- продолжительная жизнь в большом городе
- стабильный образ жизни, не вызывающий особых эмоций, в течение последнего года
- наличие рекуррентной депрессии у родителя
- наличие сопутствующей соматической патологии

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего депрессивного эпизода легкой тяжести является

- миртазапин
- прегабалин
- ламотриджин
- кломипрамин

Одной из целей когнитивно-поведенческой психотерапии у больного является

- облегчение проявления и понимания больным бессознательного
- уменьшение страха, связанного с последствиями заболевания
- достижение глубокого инсайта – понимания далекого прошлого
- формирование возможности полной замены фармакологического лечения психологической терапией

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии у больного включает оценку

- идеализированного образа собственного Я
- механизмов психологической защиты
- степени конфликта тенденций
- графика изменений настроения

Темой для когнитивно-бихевиоральной психотерапии больного является

- восстановление способности к личностному саморазвитию
- самоконтроль с помощью домашних заданий
- подавление инстинктивных импульсов
- поиск смысла жизни

К психосоциальным факторам риска неблагоприятного течения биполярного аффективного расстройства у больного относится

- склонность интерпретировать физические ощущения как катастрофические сигналы
- межличностный конфликт
- чрезмерно оберегающая позиция родителей
- задержка речевого развития

Основная профилактическая цель психотерапевтического вмешательства у больного состоит в

- улучшении психосоциальной адаптации между эпизодами
- преодолении психической регрессии
- достижении устойчивого всестороннего развития личности
- сокращении количества обращений пациента за психиатрической помощью

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- улучшении психосоциальной адаптации между эпизодами
- преодолении психической регрессии
- достижении устойчивого всестороннего развития личности
- сокращении количества обращений пациента за психиатрической помощью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет пришла на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * повышенную эмоциональную чувствительность, слезливость * снижение интересов и удовольствия от деятельности * повышенную утомляемость, слабость * ухудшение работоспособности

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечалась нестабильность эмоционального состояния. Присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышались уверенность в себе, чувство справедливости. В такие периоды могла быть настойчивой и даже агрессивной. Особенно во взаимоотношениях с конфликтующими с ней

сверстниками. Вместе с тем бывали периоды, когда чувствовала себя эмоционально подавленной, немного снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Обычно связывала эти спады с повышенными нагрузками, с различными стрессогенными ситуациями. Перепады были «легкими», самостоятельно проходили, не причиняли серьезного вреда. В возрасте 21 года, во время учебы в университете, на фоне проблем во взаимоотношениях с молодым человеком, впервые развился, со слов больной, «выраженный психологический спад». Снизилось настроение, пропали интересы, ухудшилась мотивация к деятельности, почти перестала испытывать радость. Целыми днями находилась в эмоционально плохом состоянии. Возникло ощущение, что не хватает ни на что энергии, выросла утомляемость. Повысилась сонливость. Спала по 10 часов в сутки. Утром приходилось вставать по будильнику на учебу, при этом чувствовала себя вялой, невыспавшейся. В выходной день могла долго лежать в кровати после пробуждения. Ухудшилась работоспособность. Стали возникать проблемы с учебой. Не понимала, что с ней происходит. Состояние продолжалось около 6 месяцев и постепенно прошло. «Само по себе» выровнялось настроение. Появились силы. Стала чувствовать себя уже «нормально», «так как всегда». До текущего года чувствовала себя относительно нормально. Однако отмечала каждый год перепады эмоционального состояния, которые удавалось «самостоятельно преодолевать». В июле текущего года на фоне удачно идущих дел на работе и в целом хорошего настроения, познакомилась с молодым человеком. Возникло чувство влюбленности. Отношения с ним продолжались не долго, однако после расставания сильно не переживала, продолжала находиться на эмоциональном подъеме. Ощущала прилив сил и активности. Строила многочисленные оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, по сравнению с обычной. Могла спать по 6 часов в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. Много работала. Такое состояние продлилось до конца августа. С октября, по мере сокращения продолжительности светового дня, психическое состояние вновь начало меняться. Стали уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, чувство оптимизма сменилось пессимизмом, безрадостностью, снизилось настроение. К декабрю состояние еще утяжелилось, сильно ухудшилась работоспособность. Стала с трудом справляться с рабочими задачами, откладывать дела. Столкнулась с непониманием коллег и начальства. Дома не успевала делать домашние дела, вместо этого, выходные дни предпочитала проводить сидя за компьютером, бесцельно просматривая новостные ленты. Или лежала на кровати смотрела сериалы без большого удовольствия. Решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Родилась вторым по счету ребенком. Есть старший брат. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Отец злоупотреблял алкоголем, периодически вел себя агрессивно по отношению к членам семьи, в том числе больной. Мог кричать, применить физическую силу. В детстве испытывала особый страх перед таким поведением отца. Мать внешне эмоционально спокойная, «уравновешенная», оказывающая поддержку, гиперопекающая. Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «неоднозначный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. При этом в старшей школе был период, когда подвергалась эмоциональной травле со стороны некоторых учеников. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила естественные науки. После окончания школы поступила в университет. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось. После окончания университета устроилась на работу в крупную компанию, где работает по настоящее время. Проживает на съемной квартире. Алкоголь употребляет умеренно. В октябре текущего года, когда стало портиться настроение, пыталась использовать алкоголь как лекарство, но поняла, что становится еще хуже и потеряла к нему интерес. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 76 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 115/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчива, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верноориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно последние 2,5 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. В настоящее время отмечает снижение интересов к привычным занятиям и способности получать

удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость. Часто испытывает сложности с концентрацией внимания. Не может сосредоточиться на деле, чтении. Бывает нерешительной в конкретных ситуациях предполагающих выбор. В связи с этим часто откладывает задачи по работе. Присутствует затруднение вспомнить необходимую информацию в нужный момент. Снижено желание общаться с кем-либо. Считает что, «всегда должна самостоятельно преодолевать любые трудности и не совершать ошибок». Чувствует себя еще больше подавленной, так как в последнее время не может соответствовать этому принципу. Имеет представление, что надо делать, чтобы добиться результатов на работе, но «силы и мотивация отсутствуют». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 9 часов. Испытывает дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- улучшении психосоциальной адаптации между эпизодами
- преодолении психической регрессии
- достижении устойчивого всестороннего развития личности
- сокращении количества обращений пациента за психиатрической помощью

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- улучшении психосоциальной адаптации между эпизодами
- преодолении психической регрессии
- достижении устойчивого всестороннего развития личности
- сокращении количества обращений пациента за психиатрической помощью

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больной можно поставить диагноз

- улучшении психосоциальной адаптации между эпизодами
- преодолении психической регрессии
- достижении устойчивого всестороннего развития личности

- сокращении количества обращений пациента за психиатрической помощью

Диагноз

Фактором риска развития биполярного аффективного расстройства у больной является

- абнормальное количество подавленной сексуальной энергии
- гиперопека со стороны матери
- агрессия, направленная на больную в детском возрасте
- неэффективный учебно-воспитательный процесс в школе

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больной является

- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больной текущего депрессивного эпизода легкой тяжести является

- габапентин
- ламотриджин
- пароксетин
- сульпирид

Когнитивно-поведенческая психотерапия биполярного аффективного расстройства у больной

- приведет к полной реорганизации личности
- позволит предотвратить развитие смешанных фаз
- поможет изменить дисфункциональные базовые убеждения
- даст возможность избегать назначения антипсихотиков

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии у больной включает оценку

- выраженности эдипова комплекса
- проблем самости
- архетипа личности
- триггерных ситуаций

Этапом когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- объяснение психотерапевтической модели и концептуализация терапевтических целей
- диагностика мотивации и силы Я больной и выделение фокального конфликта
- когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов как путь к самореализации

Темой для когнитивно-бихевиоральной психотерапии больной является

- определение защитного механизма ухода и отгораживания
- развитие уверенности в себе и самопринятие
- раскрытие смысла жизни и ее ценностных аспектов
- осознание переноса на пути к целостности личности

Одним из методов профилактического когнитивно-поведенческого психотерапевтического вмешательства у больной является

- экспозиция психотравмирующими стимулами в период ремиссии
- распределение энергии по основным сферам жизнедеятельности
- обучение стратегиям поведения при продромальных симптомах
- формирование навыка конфронтации с членами семьи и партнерами

Психотерапию больной в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- экспозиция психотравмирующими стимулами в период ремиссии
- распределение энергии по основным сферам жизнедеятельности
- обучение стратегиям поведения при продромальных симптомах
- формирование навыка конфронтации с членами семьи и партнерами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * повышенную утомляемость, слабость * снижение интересов и удовольствия от деятельности * откладывание различных дел * уменьшение уверенности в себе * ухудшение работоспособности

Анамнез заболевания

В возрасте 23 лет, после окончания университета, в течение приблизительно трех месяцев находился в состоянии выраженного эмоционального подъема. Чувствовал себя ежедневно полным энергии, сил. Испытывал эйфорию от того, что успешно закончил обучение и появились перспективы хорошей работы. Был оптимистичным, активным. Строил карьерные планы. Много общался с друзьями, знакомыми. Часто посещал ночные клубы. Тратил много денег на развлечения, хотел поделиться радостью с друзьями, часто оплачивал их счета в ресторанах. Много времени посвящал разработке собственного «уникального» бизнес проекта. Не чувствовал усталости, мог не спать несколько дней подряд увлеченный работой. Через три месяца состояние «энтузиазма» стало проходить, пропала повышенная энергичность. Стал чувствовать себя «обычно», «нормально», «рутинно», «скучно». Осознал бесперспективность уникального бизнес-плана, через несколько месяцев устроился на наемную работу, в хорошую компанию. Далее, в течение четырех лет, чувствовал себя относительно стабильно, работал. При этом периодически были перепады настроения, но не придавал им большого значения, со всем справлялся. В 26 лет, на фоне перегрузок на работе, развился выраженный спад настроения. Снизились интересы к деятельности. Перестал получать удовольствия от чего-либо. «Жизнь стала словно серой». Испытывал постоянную нехватку энергии, сил, повышенную утомляемость, сонливость. Пропала уверенность в себе. Из-за этого состояния снизилась работоспособность, возникли проблемы в общении с близкими и друзьями. Такое состояние продолжалось приблизительно полгода и далее постепенно прошло. Улучшилось настроение, вернулись силы. На работе увлекся новым проектом, это способствовало еще большему улучшению состояния. По мере успешной работы над проектом вновь развилось состояние эмоционального подъема. Чувствовал себя ежедневно полным энергии, сил, находился в состоянии «потока», испытывал эйфорию. Мог не спать ночами, посвящать все время деятельности. Был крайне общительным. Чувствовал себя превосходным специалистом, носителем уникальных идей. Помимо основной работы, решил развивать собственное дело. Стать флористом. Взял на развитие несколько кредитов. Состояние подъема продолжалось четыре месяца. Вначале сменилось ровным периодом, а затем вновь развился эмоциональный спад. Осознал, что флористика не приносит ни удовольствия, ни доходов. Что очень сложно возвращать кредиты. Пропали силы и энергия, выросли утомляемость и

сонливость. Снизилось настроение, возникли проблемы на работе. Состояние утяжелялось, решил обратиться за помощью к психотерапевту.

Анамнез жизни

Родился и вырос в Санкт-Петербурге. Второй ребенок в семье, есть старший брат. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался своевременно, в соответствии с возрастом. Отца характеризует как человека эмоционально нестабильного, временами вспыльчивого, отстаивающего свои интересы, требовательного, при этом периодически выпадающего в «хандру», по причине которой обращался к психотерапевту и лечится по поводу депрессий. Мать спокойная, добрая, отзывчивая, временами тревожная. Посещал детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имел несколько друзей и подруг, был активным, общительным. Учился хорошо по тем предметам, которые нравились. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавал значение. После окончания школы поступил в университет. Хорошо адаптировался в коллективе сверстников, учиться нравилось. Строил карьерные планы, был нацелен на успех. После окончания университета через полгода устроился на хорошую работу, где работает по настоящее время. В последний месяц ощущает, что работа стала скучной, рутинной. Проживает на съемной квартире совместно с девушкой, с которой находится в стабильных отношениях на протяжении последнего года. Алкоголь употребляет умеренно. Однако в периоды эмоциональных подъемов были эпизоды злоупотребления. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было. Страдает хроническим холециститом. В настоящее время в ремиссии.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 80 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 130/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчив, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. Движения заторможенные. На

вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 4 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. В настоящее время отмечает безразличие, равнодушие к окружающему и происходящему вокруг, снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость. В связи с отсутствием мотивации постоянно откладывает дела. Всегда испытывал проблемы с соблюдением распорядка дня, но сейчас «это стало особенно тяжело». Часто думает, что «сам во всем виноват, не оправдывает собственных надежд, что все дела в жизни не получались». Осуждает себя за лень, откладывание дел. Снижены желание общаться с кем-либо и работоспособность. В связи с этим испытывает затруднения с выполнением рабочих задач, но пытается по инерции что-то делать. Накопившиеся проблемы «еще больше подавляют». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллетуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит немного повышенный. Ест много сладкого, прибавил 5 кг за 2 месяца. Ночью спит по 11 часов, с трудом встает утром. Испытывает дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- экспозиция психотравмирующими стимулами в период ремиссии
- распределение энергии по основным сферам жизнедеятельности
- обучение стратегиям поведения при продромальных симптомах
- формирование навыка конфронтации с членами семьи и партнерами

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- экспозиция психотравмирующими стимулами в период ремиссии
- распределение энергии по основным сферам жизнедеятельности
- обучение стратегиям поведения при продромальных симптомах
- формирование навыка конфронтации с членами семьи и партнерами

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- экспозиция психотравмирующими стимулами в период ремиссии
- распределение энергии по основным сферам жизнедеятельности

- обучение стратегиям поведения при продромальных симптомах
- формирование навыка конфронтации с членами семьи и партнерами

Диагноз

Фактором риска развития биполярного аффективного расстройства у больного является

- стабильная личная жизнь, не вызывающая особых эмоций, в течение последнего года
- наличие сопутствующей соматической патологии
- продолжительная жизнь в большом городе
- наличие рекуррентной депрессии у родителя

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего депрессивного эпизода умеренной тяжести является

- ламотриджин
- эсциталопрам
- кломипрамин
- сульпирид

Когнитивно-поведенческая психотерапия биполярного аффективного расстройства у больного

- позволит предотвратить развитие гипоманиакальных фаз
- будет способствовать гармонизации распорядка дня
- окончательно разрешит невротический конфликт
- переведет альтернирующее течение в благоприятное континуальное

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больного включает оценку

- генетического типа характера
- процесса обработки информации
- контекста стиля жизни
- защитного механизма деструктивизма

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- целенаправленное планирование деятельности с акцентом на ритмичность
- осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов как путь к самореализации
- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- обучение навыкам преодоления симптомов
- научение действию в соответствии со своими инстинктами
- калибровка индивидуальных невербальных ответов
- определение внутренних требований, терзающих невротическую личность

Методом профилактики рецидивов, применяемым в когнитивно-поведенческой психотерапии больного, является

- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- мониторинг продромальных симптомов фазы
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- мониторинг продромальных симптомов фазы
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет пришла на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * повышенную утомляемость, отсутствие энергии и сил * снижение интересов * безрадостность * снижение уверенности в себе, «ранимость» * повышенную сонливость * уменьшение концентрации внимания * ухудшение работоспособности

Анамнез заболевания

Осенью прошлого года впервые развился, со слов больной, «длительный спад настроения». Появилась эмоциональная подавленность, пропали интересы, ухудшилась мотивация к деятельности, перестала испытывать радость. Целыми днями находилась в плохом состоянии. Возникло ощущение, что не хватает ни на что энергии, выросла утомляемость. Могла спать по 12 часов в сутки, при этом чувствовала себя днем сонливой. Утром приходилось вставать по будильнику на работу, с ощущениями вялости разбитости. В выходной день долго лежала в кровати после пробуждения. Ухудшилась работоспособность. Стали возникать проблемы на работе. Не понимала, что с ней происходит. Однако к марту текущего года стала чувствовать себя лучше. Само по себе выровнялось настроение. Появились силы. В апреле чувствовала себя уже «нормально», «так как всегда». В июле на фоне удачно идущих дел на работе стала чувствовать ежедневный прилив сил и активности. Строила оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, по сравнению с обычной. Могла спать по 6 часов в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. Много работала. На этой почве возникали конфликты с мужем. Со слов больной: «Он упрекал меня, что я много работаю и ничего не делаю по дому, а мне хотелось больше ярких эмоций от него, в том числе в сексе». Такое состояние продлилось до конца августа. С октября психическое состояние вновь начало меняться. Стали уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, чувство оптимизма сменилось пессимизмом, безрадостностью, снизилось настроение. К декабрю состояние стало существенным, сильно ухудшилась работоспособность. Стала с трудом справляться с рабочими задачами, откладывать дела. Столкнулась с непониманием коллег и начальства. Дома не успевала делать домашние дела, вместо этого, выходные дни предпочитала проводить сидя за компьютером, бесцельно просматривая новостные ленты. Или лежала на кровати смотрела сериалы без большого удовольствия. По этой причине вновь стали возникать конфликты с мужем. Решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Родилась первым по счету ребенком. Есть младшая сестра. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. В семье «была нездоровая атмосфера», часто возникали конфликты, так как «все очень эмоциональные». Мать больной испытывала особый стресс в

период родов. Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «неоднозначный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. При этом в старшей школе был период, когда подвергалась эмоциональной травле со стороны некоторых учеников. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила естественные науки. После окончания школы поступила в университет. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось. Во время учебы вышла замуж. После окончания университета устроилась на работу в крупную компанию, где работает по настоящее время. Проживает вместе с мужем. Алкоголь употребляет умеренно. В октябре текущего года, когда стало портиться настроение, пыталась использовать алкоголь как лекарство, но поняла, что становится еще хуже и потеряла к нему интерес. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 74 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчива, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 2,5 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. В настоящее время отмечает снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость. Часто испытывает сложности с концентрацией внимания. Не может сосредоточиться на деле, чтении. Бывает нерешительной в конкретных ситуациях предполагающих выбор. В связи с этим часто откладывает задачи по работе. Присутствует затруднение вспомнить необходимую информацию в нужный момент. Снижено желание общаться с кем-либо. Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное.

Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит немного повышенный. Ест много печенья, конфет, за 2 месяца набрала 6 кг. Ночью спит по 11 часов. Испытывает дневную сонливость. Видит яркие сны, негативного содержания, часто с сексуальным подтекстом.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- мониторинг продромальных симптомов фазы
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- мониторинг продромальных симптомов фазы
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больной можно поставить диагноз

- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- мониторинг продромальных симптомов фазы
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Диагноз

Фактором риска развития биполярного аффективного расстройства у больной является

- стресс матери в интранатальный период
- нездоровая сексуальная практика
- несрабатывание механизмов психологической защиты
- внутрисемейный конфликт

Принципом психотерапевтического лечения у больной является

- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больной текущего депрессивного эпизода умеренной тяжести является

- эсциталопрам
- сульпирид
- прегабалин
- ламотриджин

Идентификация неадаптивных автоматических мыслей в процессе лечения биполярного аффективного расстройства у больной характерна для

- психоаналитической терапии
- позитивной психотерапии
- трансактного анализа
- когнитивно-поведенческой психотерапии

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии у больной включает оценку

- определенной стадии развития сексуальности
- содержания болезненных сновидений
- индивидуальных невербальных ответов
- последствий заболевания

Этапом когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- идентификация и реструктуризация дисфункциональных убеждений
- развитие конструктивной мистичности и опыта высших состояний
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- осознание жизненного стиля и проблем самости
- модификация психосоциальных дестабилизирующих факторов

- стремление к соединению с миром через «завоевание власти», делая других частью самого себя
- раскрытие механизма проекции, возникающего между двумя людьми

Важной целью когнитивно-поведенческой психотерапии у больной является

- изменение яркости образов воображения
- осознание переноса на пути к целостности личности
- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов

Психотерапию больной в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- изменение яркости образов воображения
- осознание переноса на пути к целостности личности
- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * повышенную утомляемость, слабость * снижение интересов и удовольствия от деятельности * откладывание различных дел * уменьшение уверенности в себе * ухудшение работоспособности

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечалась некоторая нестабильность эмоционального состояния. Бывали периоды, когда чувствовал себя эмоционально подавленным, снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Вместе с тем присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышалась уверенность в себе, в такие периоды мог быть настойчивый, эмоционально отстаивал свои интересы. Не придавал значения этим колебаниям настроения, так как они не оказывали сильного влияния на жизнь, самостоятельно проходили. В более старшем возрасте перепады сохранялись, мог «преодолевать их самостоятельно», «помогала работа и заботы о семье». С мая прошлого года, в течение приблизительно трех месяцев, находился в состоянии эмоционального подъема. Чувствовал себя ежедневно полным энергии, сил. Периодически испытывал эйфорию. Был оптимистичным,

активным. Строил карьерные планы. Много общался с друзьями, знакомыми. В целом выросла общительность, что для него не свойственно, так как был всегда несколько стеснителен в коммуникации с незнакомыми людьми. Продуктивно работал. Выработал принципы постоянного физического и психологического саморазвития. Начал ходить в спортзал. Меньше уделял внимания семье, в связи с чем начались небольшие конфликты с женой. Спал по 6,5 часов в сутки, чувствовал себя относительно бодрым. Через три месяца состояние «энтузиазма» стало проходить, пропала повышенная энергичность. Стал чувствовать себя «обычно», «нормально», «рутинно». Такое ровное состояние продлилось в течение года. С октября текущего года стало снижаться настроение, уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, пессимизма. Впервые в жизни существенно ухудшилась работоспособность. «Не мог найти мотивации, чтобы нормально справляться с делами». С новой силой возобновились конфликты с женой, она стала подозревать его в измене, хотя на самом деле никаких поводов не было. Не понимал, почему так плохо себя чувствует. Решил обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Родился и вырос в Новосибирске. Первый ребенок в семье, есть младшие брат и сестра. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался своевременно, в соответствии с возрастом. Отца характеризует как человека спокойного, рассудительного, требовательного, строгого, но справедливого. Мать временами вспыльчивая, настойчивая в продвижении своих интересов, иногда тревожная. Страдает периодическими депрессиями. Лечится у психотерапевта. Посещал детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имел несколько друзей и подруг, был активным, общительным. Учился хорошо по тем предметам, которые нравились. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавал значение. После окончания школы поступил в университет. Хорошо адаптировался в коллективе сверстников, учиться нравилось. Был нацелен на успех. После окончания университета работал на нескольких работах. Меняя работу, всегда шел на «повышение», расширялись обязанности, появлялись интересные новые задачи, рос уровень заработной платы. Женат, воспитывает 2 детей. В последний месяц ощущает, что работа стала скучной, рутинной. В последний год в целом не отмечает значительных изменений в жизни, «все было стабильно нормально, без особых эмоций». Алкоголь употребляет редко. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было. Страдает хроническим гастритом. В настоящее время в ремиссии.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 78 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчив, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 2 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. В настоящее время отмечает безразличие, равнодушие к окружающему и происходящему вокруг, снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Хотел бы всегда испытывать яркие эмоции, но не в состоянии испытывать любые. Отмечает повышенную утомляемость, слабость. Снижена уверенность в себе, считает себя неспособным к нормальной жизни. В связи с отсутствием мотивации постоянно откладывает дела. Снижены желание общаться с кем-либо и работоспособность. В связи с этим испытывает затруднения с выполнением рабочих задач, но пытается по инерции что-то делать. Накопившиеся проблемы «еще больше подавляют». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит немного повышенный. Ест много сладкого, прибавил 5 кг за 2 месяца. Ночью спит по 11 часов, с трудом встает утром. Испытывает дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- изменение яркости образов воображения
- осознание переноса на пути к целостности личности
- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- изменение яркости образов воображения
- осознание переноса на пути к целостности личности
- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- изменение яркости образов воображения
- осознание переноса на пути к целостности личности
- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов

Диагноз

Фактором риска развития биполярного аффективного расстройства у больного является

- наличие рекуррентной депрессии у родителя
- продолжительная жизнь в большом городе
- наличие сопутствующей соматической патологии
- стабильный образ жизни, не вызывающий особых эмоций, в течение последнего года

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего депрессивного эпизода умеренной тяжести является

- флуоксетин

- ламотриджин
- сульпирид
- габапентин

Когнитивно-поведенческая психотерапия биполярного аффективного расстройства у больного

- будет способствовать улучшению семейной обстановки
- позволит избегать назначения антидепрессантов
- приведет к смене социальной роли
- поставит целью разрешение эдипова комплекса

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больного включает оценку

- попыток разрешения внутриличностного конфликта
- поведенческих реакций на изменение настроения
- степени стремления к самоактуализации
- определенной стадии развития сексуальности

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- интерпретация свободных ассоциаций
- повышение силы экспрессии чувств
- развитие свободной мистичности и опыта высших состояний
- создание и поддержание терапевтического союза

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- диалог между частями собственной личности
- обучение коммуникации и социальным навыкам
- структурная интеграция или рольфинг
- тренинг стимуляции экспрессии чувств

Методом профилактики рецидивов применяемым в когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет в сопровождении мужа пришла на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на: * повышенную утомляемость, слабость * апатию ко всему * внутреннюю пустоту * отсутствие интересов и удовольствия от любой деятельности * сложность сконцентрировать внимание * отсутствие работоспособности * повышенную сонливость

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечалась нестабильность эмоционального состояния. Присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышались уверенность в себе, чувство справедливости. В такие периоды могла быть настойчивой и даже агрессивной. Особенно во взаимоотношениях с конфликтующими с ней сверстниками. Вместе с тем бывали периоды, когда чувствовала себя эмоционально подавленной, немного снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Обычно связывала эти спады с повышенными нагрузками, с различными стрессогенными ситуациями. Перепады были «легкими», самостоятельно проходили, не причиняли серьезного вреда. В более старшем возрасте перепады сохранялись, могла «преодолевать их самостоятельно», «помогали заботы о семье, детях». После вторых родов в течение полугода находилась в «депрессивном состоянии». Снизилось настроение, пропали интересы, ухудшилась мотивация к деятельности, почти перестала испытывать радость. Целыми днями находилась в эмоционально плохом состоянии. Возникло ощущение, что не хватает ни на что энергии, выросла утомляемость. Повысилась сонливость. С трудом ухаживала за ребенком, «если бы не помощь родственников, то не справилась бы». Постепенно стала чувствовать себя лучше. Само по себе выровнялось настроение. Появились силы. В марте прошлого года «так как дети подросли» решила поменять образ жизни и выйти на работу. Удалось быстро найти работу по специальности. В связи с этим ощущала прилив сил и активности. Строила

многочисленные оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, по сравнению с обычной. Могла спать по 6 часов в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. Много работала. Такое состояние продлилось в течение 4 месяцев и сменилось «относительно стабильным, ровным периодом». 3 месяца назад возник конфликт с начальницей на работе, после которого пришлось с нее уйти. Сильно переживала по этому поводу так как работа во всем остальном устраивала. Стали уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, чувство оптимизма сменилось пессимизмом, безрадостностью, снизилось настроение. Возникло ощущение полной апатии и отсутствия энергии. Дома не успевала делать домашние дела, вместо этого, предпочитала проводить дни сидя за компьютером, бесцельно просматривая новостные ленты. Или лежала на кровати смотрела сериалы без большого удовольствия. А в дальнейшем и к этому потеряла интерес. Даже дети перестали радовать. Почти все время лежала на кровати. По настоянию мужа решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Родилась вторым по счету ребенком. Есть старший брат. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений».

Психопатологическую наследственность отрицает. Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «неоднозначный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. При этом в старшей школе был период, когда подвергалась эмоциональной травле со стороны некоторых учеников. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила гуманитарные науки. После окончания школы поступила в университет. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось. После окончания университета непродолжительное время работала по специальности. Вышла за муж. В браке родилось двое детей. Длительное время находилась в декретном отпуске. Была домохозяйкой. Год назад, «когда дети уже подросли», решила выйти на работу. Нашла работу по специальности. В начале была увлечена и очень довольна, но 3 месяца назад возник конфликт с начальницей, в результате которого пришлось уйти с работы. Алкоголь употребляет редко. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное,

хрипов нет. Пульс – 76 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 115/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчива, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. На прием пришла в сопровождении мужа, так как сама, не смотря на плохое самочувствие, не смогла бы этого сделать в связи с отсутствием желаний выходить из дома, что-либо делать. Сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с большими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно последние 3 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. В настоящее время отмечает отсутствие интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость, «отсутствие энергии». Испытывает сложности с концентрацией внимания, «голова как пустая». Не может сосредоточиться на любом деле, чтении. Присутствует затруднение вспомнить необходимую информацию в нужный момент. Отсутствует желание общаться с кем-либо. Снижена уверенность в себе и самооценка. Винит себя, что дошла до такого состояния. Считает, что, «всегда должна самостоятельно преодолевать любые трудности и не совершать ошибок». Чувствует себя еще больше подавленной, так как не может соответствовать этому принципу. Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли активно не высказывает, но считает, что такая пустая жизнь не имеет смысла. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в последнее время не менялся. Испытывает трудности с приготовлением еды, но готовую еду может поесть. Ночью спит по 12-13 часов. Испытывает дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больной можно поставить диагноз

- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить, прежде всего, с

- эмоционально-неустойчивым расстройством личности
- рекуррентным депрессивным расстройством
- циклотимией
- шизоаффективным расстройством

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз

Купирующую психофармакологическую терапию у больной текущего тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов рационально начинать комбинацией

- венлафаксина с миртазапином
- амитриптилина с прегабалином
- оланзапина с флуоксетином
- амисульприда с дулоксетином

Лечебной интервенцией в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- осознание переноса на пути к целостности личности
- отработка защитного механизма ухода и отгораживания
- объяснение заболевания и возможностей лечения
- раскрытие смысла жизни и ее ценностных аспектов

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больной включает оценку

- попыток разрешения внутриличностного конфликта
- степени стремления к самоактуализации
- определенной стадии развития сексуальности
- поведенческих реакций на изменение настроения

Этапом когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- модификация основных дисфункциональных убеждений
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- формирование навыка конфронтации с членами семьи и партнерами

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- обучение самостоятельному подбору дозы лекарств
- замена фармакологического лечения более безопасным психотерапевтическим
- снижение эффективности психотерапии при сочетании с фармакологическим лечением
- сотрудничество в области приема лекарств

Важной целью когнитивно-поведенческой психотерапии биполярного аффективного расстройства у больной является

- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- устранение специфических стрессогенных факторов
- обнаружение и отказ от психологических защит
- конфронтация с отраженным образом Я

Психотерапию больной в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- устранение специфических стрессогенных факторов
- обнаружение и отказ от психологических защит
- конфронтация с отраженным образом Я

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет в сопровождении жены пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * снижение энергии, повышенную утомляемость * отсутствие радости, апатию * откладывание всех дел * снижение интересов и удовольствия от деятельности * замкнутость, нежелание общаться с кем-либо * уменьшение уверенности в себе * отсутствие работоспособности

Анамнез заболевания

В возрасте 23 лет, после окончания университета, в течение приблизительно трех месяцев находился в состоянии выраженного эмоционального подъема. Чувствовал себя ежедневно полным энергии, сил. Испытывал эйфорию от того, что успешно закончил обучение и появились перспективы хорошей работы. Был оптимистичным, активным. Строил карьерные планы. Много общался с друзьями, знакомыми. Часто посещал ночные клубы. Тратил много денег на развлечения, хотел поделиться радостью с друзьями, часто оплачивал их счета в ресторанах. Чувствовал себя «покорителем женских сердец». Много времени посвящал разработке собственного «уникального» бизнес проекта. Не чувствовал усталости, мог не спать несколько дней подряд увлеченный работой. Через три месяца состояние «энтузиазма» стало проходить, пропала повышенная энергичность. Стал чувствовать себя «обычно», «нормально», «рутинно», «скучно». Осознал бесперспективность уникального бизнес-плана, через несколько месяцев устроился на наемную работу, в хорошую компанию. Далее, в течение двух лет, чувствовал себя относительно стабильно, работал. При этом периодически были перепады настроения, но не придавал им большого значения, со всем справлялся. В 25 лет, на фоне перегрузок на работе, и «неудачной личной жизни», развился выраженный спад настроения. Снизились интересы к деятельности. Перестал получать удовольствия от чего-либо. «Жизнь стала словно серой». Испытывал постоянную нехватку энергии,

сил, повышенную утомляемость, сонливость. Пропала уверенность в себе. Из-за этого состояния снизилась работоспособность, возникли проблемы в общении с близкими и друзьями. Такое состояние продолжалось приблизительно полгода и далее постепенно прошло. На работе наступил стабильный период, познакомился с девушкой, в дальнейшем женился на ней. 3 месяца назад, на фоне проблем на работе, вновь стал чувствовать себя хуже. Пропали силы и энергия, выросли утомляемость и сонливость. Снизилось настроение, возникли еще большие трудности с работой. Эмоциональное состояние утяжелялось, перестал ходить на работу, возникла угроза увольнения. По настоянию жены решил обратиться за помощью к психотерапевту.

Анамнез жизни

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Психопатологическую наследственность отрицает, однако говорит, что отношения с родителями всегда были сложные. Посещал детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имел несколько друзей и подруг, был активным, общительным. Учился хорошо по тем предметам, которые нравились. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавал значение. После окончания школы поступил в университет. Хорошо адаптировался в коллективе сверстников, учиться нравилось. Строил карьерные планы, был нацелен на успех. После окончания университета через полгода устроился на хорошую работу. В дальнейшем работал на нескольких работах. Проживает на съемной квартире совместно с женой, детей нет. Алкоголь употребляет умеренно. Однако в период эмоционального подъема были эпизоды злоупотребления. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было. В детстве «были какие-то проблемы с щитовидной железой», проводилось лечение, «в дальнейшем все нормализовалось», давно не проходил обследование.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 82 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 125/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчив, коленные

рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое, общесоматическое, эндокринологическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. На прием пришел в сопровождении жены, так как сам, не смотря на плохое самочувствие, не смог бы этого сделать в связи с отсутствием желания выходить из дома, что-либо делать. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с большими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно последние 3 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. В настоящее время отмечает отсутствие интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость, «отсутствие энергии». Испытывает сложности с концентрацией внимания, «голова как пустая». Не может сосредоточиться на любом деле, чтении. Присутствует затруднение вспомнить необходимую информацию в нужный момент. Отсутствует желание общаться с кем-либо. Снижена уверенность в себе и самооценка. Винит себя, что дошел до такого состояния. Неделю не ходит на работу. Грозит увольнение, с одной стороны это пугает, а с другой - относится к этому с «какой-то апатией». «Ну и пусть уволят». Считает, что, «всегда должен самостоятельно преодолевать любые трудности и не совершать ошибок». Чувствует себя еще больше подавленным, так как не может соответствовать этому принципу. Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли активно не высказывает, но считает, что такая жизнь – пустая и не имеет смысла. Психотические симптомы не выявляются. Всегда был склонен к неправильному режиму питания. Аппетит в последнее время не менялся. Испытывает трудности с приготовлением еды, но готовую еду может поесть. Ночью спит по 12-13 часов. Испытывает выраженную дневную сонливость.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- устранение специфических стрессогенных факторов
- обнаружение и отказ от психологических защит
- конфронтация с отраженным образом Я

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- устранение специфических стрессогенных факторов
- обнаружение и отказ от психологических защит
- конфронтация с отраженным образом Я

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- устранение специфических стрессогенных факторов
- обнаружение и отказ от психологических защит
- конфронтация с отраженным образом Я

Диагноз

Важным для диагностики биполярного аффективного расстройства у больного в соответствии с международной классификацией болезней является

- подтверждение наличия у родителя пациента биполярного аффективного расстройства
- исключение влияния дисфункциональных внутрисемейных отношений на развитие заболевания
- выявление неправильного режима питания
- исключение причинности развития фаз с соматическим заболеванием

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов является

- кветиапин
- флуоксетин
- венлафаксин

- сульпирид

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больного включает оценку

- дисфункциональных убеждений
- степени выраженности инсайта
- ведущих репрезентативных систем
- психодуховных когниций

Параметром, который рационально указывать в дневнике настроения при проведении когнитивно-поведенческой психотерапии больного, является

- траектория личностного роста
- ведущая психологическая защита
- продолжительность ночного сна
- содержание сновидений

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- «пик-переживания», в которых пациент более целостен и интегрирован
- пробуждение пациентов к творчеству, как основному лечебному фактору
- сепарация, направленная на разрушение переноса
- работа с автоматическими мыслями

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- обучение навыкам преодоления симптомов
- раскрытие смысла жизни и ее ценностных аспектов
- анализ сновидений с негативным содержанием
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Этапом когнитивно-поведенческой психотерапии биполярного аффективного расстройства у больного является

- обучение предотвращению рецидивов
- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- тренинг стимуляции экспрессии чувств
- сонастройка со своей внутренней природой

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- обучение предотвращению рецидивов
- обучение постоянной вере в свои силы и суждения

- тренинг стимуляции экспрессии чувств
- сонастройка со своей внутренней природой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 21 года пришла на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * суетливость * напряжение * снижение продолжительности сна

Анамнез заболевания

Осенью прошлого года, на фоне проблем во взаимоотношениях с молодым человеком, впервые развился, со слов больной, «выраженный психологический спад». Снизилось настроение, пропали интересы, ухудшилась мотивация к деятельности, почти перестала испытывать радость. Целыми днями находилась в эмоционально плохом состоянии. Возникло ощущение, что не хватает ни на что энергии, выросла утомляемость. Повысилась сонливость. Спала по 10 часов в сутки. Утром приходилось вставать по будильнику на учебу, при этом чувствовала себя вялой, невыспавшейся. В выходной день могла долго лежать в кровати после пробуждения. Ухудшилась работоспособность. Стали возникать проблемы с учебой. Не понимала, что с ней происходит. Состояние продолжалось около 6 месяцев и постепенно прошло. «Само по себе» выровнялось настроение. Появились силы. Стала чувствовать себя уже «нормально», «так как всегда». С начала мая текущего года возникло ощущение эмоционального подъема, прилива сил и активности. Повысилась работоспособность. Выросла общительность. Сократилась потребность во сне, по сравнению с обычной. Могла спать по 6 часов в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. С одной стороны это состояние было положительным, но с другой стала более напряженной, «взбудораженной», суетливой. Строила многочисленные оптимистичные планы на будущее, что мешало сосредоточиться на завершении учебы в бакалавриате. Также стала больше времени проводить с друзьями, ходить в ночные клубы, употреблять алкогольные напитки. Решила обратиться к психотерапевту.

Анамнез жизни

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. Училась хорошо по тем предметам,

которые нравились. Больше любила гуманитарные науки. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавала значение. После окончания школы поступила в университет. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось. В настоящий момент учится на 4 курсе. Проживает совместно с родителями. До осени прошлого года алкоголь употребляла редко, однако осенью на фоне плохого эмоционального самочувствия стала пить чаще. В последние три недели также часто употребляет алкоголь, несколько раз чрезмерно, так как «это позволяет весело провести время в компании». Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 76 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 115/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчива, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Двигательно активна, суетлива. Жестикулирует. Чувство дистанции несколько снижено. На вопросы отвечает по существу. Увлеченно рассказывает о своих переживаниях, говорлива, демонстративна, однако может внимательно слушать врача. Выражение лица веселое, часто улыбается. Периодически шутит. Сообщает о том, что приблизительно 3 недели находится в эмоционально приподнятом состоянии. Отмечает повышенную энергичность, деятельность, вместе с тем «какую-то нехорошую физическую взбудораженность, напряжение, суетливость». Периодически отвлекается на новые мысли. В связи с этим испытывает легкие затруднения в учебе, принципиально не влияющие на хорошую успеваемость. Сохраняет частично критику, считает, что возможно находится в не совсем оптимальном состоянии. Считает, что было бы хорошо избавиться от отвлекаемости и взбудораженности, и чтобы остались отличная работоспособность и радостное настроение. И в целом «приход к психотерапевту — это шаг на пути к личностному росту», много об этом читала в социальных сетях. Настороженно относится к фармакотерапии, опасается, что

лекарства могут «затормозить». При этом выражает желание участвовать в «психологических консультациях». Мышление ускоренное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 5-6 часов, после пробуждения и в течение дня чувствует себя бодрой. Пытается соблюдать распорядок дня, но это не помогает.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- обучение предотвращению рецидивов
- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- тренинг стимуляции экспрессии чувств
- сонастройка со своей внутренней природой

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- обучение предотвращению рецидивов
- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- тренинг стимуляции экспрессии чувств
- сонастройка со своей внутренней природой

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больной можно поставить диагноз

- обучение предотвращению рецидивов
- обучение постоянной вере в свои силы и суждения
- тренинг стимуляции экспрессии чувств
- сонастройка со своей внутренней природой

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить, прежде всего, с

- циклотимией
- шизоаффективным расстройством
- обсессивно-компульсивным расстройством
- генерализованным тревожным расстройством

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больной является

- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больной текущего гипоманиакального эпизода является

- прегабалин
- ламотриджин
- галоперидол
- вальпроат натрия

Когнитивно-поведенческая психотерапия у больной

- способствует гармонизации распорядка дня
- ставит целью разрешение эдипова комплекса
- позволяет предотвратить развитие последующих депрессивных фаз
- удовлетворяет жизненные потребности

Задача психообразования в данном случае состоит в обучении

- приверженности режиму терапии
- навыкам и техникам, способствующим личностному росту
- первой помощи при развитии побочных эффектов психофармакотерапии
- самостоятельному подбору терапии в зависимости от симптоматики эпизода

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больной включает оценку

- механизмов автоматического конформизма
- индивидуальных невербальных ответов
- последствий заболевания
- содержания болезненных сновидений

К психосоциальным факторам риска неблагоприятного течения биполярного аффективного расстройства у больной относится

- раннее выявление заболевания
- отсутствие психодинамического психотерапевтического лечения
- манифестация расстройства с депрессивной фазы
- коморбидность с злоупотреблением алкоголем

Основная профилактическая цель психотерапевтического вмешательства у больной состоит в

- осознании переноса на пути к целостности личности
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний
- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью

Психотерапию больной в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- осознании переноса на пути к целостности личности
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний
- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * сложности в общении с женой * напряжение

Анамнез заболевания

В возрасте 21 года, во время учебы на 4 курсе бакалавриата, был длительный период выраженной эмоциональной подавленности, ухудшения работоспособности. Тогда, начиная с октября, в течение почти полугода, находился в состоянии апатии, снижения энергии, сил. Повышалась сонливость. Было постоянное ощущение истощения, хотелось, «чтобы все оставили в покое, и не было никаких дел». Испытывал проблемы с выполнением учебной

нагрузки, пропускал занятия в университете. Зимнюю сессию удалось с трудом сдать на одни удовлетворительные оценки. Это было неестественно, так как до этого периода всегда был увлечен учебой и хорошо сдавал экзамены. В марте состояние само по себе стало улучшаться. К апрелю чувствовал себя стабильно «хорошо». Нормализовалось настроение. Восстановилась работоспособность. Успешно закрыл все задолженности по учебе и закончил бакалавриат. В возрасте 23 лет, после окончания магистратуры, в течение приблизительно двух месяцев чувствовал себя ежедневно на эмоциональном подъеме, ощущал прилив энергии, сил. Был оптимистичным, активным, увлеченным новой работой. Строил карьерные планы. Не смотря на существенную занятость на работе, хватало время и на отдых. Часто встречался с друзьями. Знакомился с девушками. Строил многочисленные планы на будущее. Относительно сократилась потребность во сне, мог спать по 6,5-7 часов в сутки и чувствовать себя бодрым после пробуждения и весь дальнейший день. Самочувствие расценивалось как «положительное», не доставляло никаких проблем. В дальнейшем состояние самостоятельно выровнялось, пропала повышенная энергичность, стал чувствовать себя «обычно», «нормально». При этом периодически были перепады настроения, но не придавал им большого значения, со всем справлялся. В июле текущего года, за месяц до обращения за помощью, вновь возникло ощущение эмоционального подъема, прилива сил и активности. Повысилась работоспособность. Выросла общительность. Сократилась потребность во сне, по сравнению с обычной. Мог спать по 5-6 часов в сутки и чувствовать себя бодрым целый день. Стал вести более «раскованный образ жизни», флиртовать с женщинами. На этой почве возникли конфликты с женой, выросло напряжение. Возникло желание изменить свою жизнь, возможно расстаться с женой. Но так как она «в целом хороший человек», то решил проконсультироваться у психотерапевта.

Анамнез жизни

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Психопатологическую наследственность отрицает, однако говорит, что отношения с родителями всегда были сложные, периодически возникали конфликты. Посещал детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имел несколько друзей и подруг, был активным, общительным. Учился хорошо по тем предметам, которые нравились. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавал значение. После окончания школы поступил в университет. Хорошо адаптировался в коллективе сверстников, учиться нравилось. Строил карьерные

планы, был нацелен на успех. После окончания университета устроился на хорошую работу. В дальнейшем работал на нескольких работах. Проживает в собственной квартире совместно с женой, детей нет. Алкоголь употребляет умеренно. Однако в период эмоционального подъема были эпизоды злоупотребления. Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 78 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчив, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. Двигательно активен, суетлив. Жестикулирует. Чувство дистанции несколько снижено. На вопросы отвечает по существу. Увлеченно рассказывает о своих переживаниях, говорлив, демонстративен, однако может внимательно слушать врача. Периодически улыбается. Сообщает о том, что приблизительно 4 недели находится в эмоционально приподнятом состоянии. Отмечает повышенную энергичность, деятельность, вместе с тем «какую-то нехорошую физическую взбудораженность, напряжение» в связи с конфликтными ситуациями с женой. Периодически отвлекается на новые мысли. Сохраняет частично критику, считает, что возможно находится в не совсем оптимальном состоянии. Считает, что было бы хорошо наладить личную жизнь, решить проблемы с женой, избавиться от напряжения, но, чтобы остались отличная работоспособность и радостное настроение. Много читал в интернете, что психотерапевтические консультации могут помочь. Настороженно относится к фармакотерапии, опасается, что лекарства могут «затормозить». Мышление ускоренное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 5-6 часов, после пробуждения и в течение дня чувствует себя бодрой. Пытается соблюдать распорядок дня, но это не помогает.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- осознании переноса на пути к целостности личности
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний
- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- осознании переноса на пути к целостности личности
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний
- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- осознании переноса на пути к целостности личности
- разрешении существующих конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний
- уменьшении частоты, тяжести и продолжительности последующих эпизодов расстройства
- сокращении количества обращений за психиатрической помощью

Диагноз

Психосоциальным фактором риска развития биполярного аффективного расстройства у больного является

- соблюдение жесткого распорядка дня в подростковом возрасте
- внутрисемейный конфликт
- несрабатывание механизмов психологической защиты
- стресс матери в интранатальный период

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего гипоманиакального эпизода является

- сульпирид
- галоперидол
- прегабалин
- кветиапин

Когнитивно-поведенческая психотерапия биполярного аффективного расстройства у больного

- окончательно разрешит невротический конфликт
- переведет альтернирующее течение в благоприятное континуальное
- будет способствовать гармонизации распорядка дня
- позволит предотвратить развитие гипоманиакальных фаз

Лечебной интервенцией в рамках когнитивно-поведенческой терапии гипомании у больного является

- объяснение заболевания и возможностей лечения
- обучение снижению повышенной чувствительности
- аутогенная тренировка по Шульцу
- тренинг коммуникативных навыков

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- интерпретация свободных ассоциаций
- повышение силы экспрессии чувств
- создание и поддержание терапевтического союза
- развитие свободной мистичности и опыта высших состояний

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- сотрудничество в области приема лекарств
- замена фармакологического лечения более безопасным психотерапевтическим

- обучение безусловной положительной самооценке
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Целью когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- обнаружение и отказ от психологических защит
- сбалансированный способ мышления
- диалог между частями собственной личности
- постоянная конфронтация с больным компонентом Я

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- обнаружение и отказ от психологических защит
- сбалансированный способ мышления
- диалог между частями собственной личности
- постоянная конфронтация с больным компонентом Я

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * раздражительность * снижение интересов и удовольствия от деятельности
* внутреннее напряжение, сложность расслабиться * ухудшение работоспособности * трудности заснуть

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечалась некоторая нестабильность эмоционального состояния. Бывали периоды, когда чувствовал себя эмоционально подавленным, снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Вместе с тем присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышалась уверенность в себе, в такие периоды мог быть настойчивым, эмоционально отстаивать свои интересы. Не придавал значения этим колебаниям настроения, так как они не оказывали сильного влияния на жизнь, самостоятельно проходили. В 26 лет, на фоне стрессов в личной жизни, развился выраженный спад настроения. Снизились интересы к деятельности. Перестал получать удовольствия от чего-либо. «Жизнь стала словно серой». Испытывал постоянную нехватку энергии, сил, повышенную утомляемость, сонливость. Ночью мог спать по 12 часов и при этом не чувствовал себя

выспавшимся. Пропала уверенность в себе. Из-за этого состояния значительно снизилась работоспособность, возникли проблемы в общении с близкими и друзьями. Такое состояние продолжалось приблизительно полгода и далее постепенно прошло. Улучшилось настроение, вернулись силы. Далее, в течение трех лет, чувствовал себя относительно стабильно, работал. При этом периодически были перепады настроения, но не придавал им большого значения, со всем справлялся. В августе текущего года, после относительно хорошего периода, состояние вновь стало портиться. На фоне стресса на работе начало меняться настроение. Возникли чувства загнанности, нехорошей взбудораженности, постоянной раздражительности. Снизились интересы и радость от деятельности. При этом делал много дел, общался по работе, но совершенно без удовольствия и энергии, «потому что надо». В голове стали крутиться пессимистичные мысли, которые в том числе мешали уснуть. Ухудшился сон. Спал по 6,5-7 часов, поверхностным сном, с пробуждениями до будильника. Решил обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Психопатологическую наследственность отрицает. Посещал детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имел несколько друзей и подруг, был активным, общительным. Учился хорошо по тем предметам, которые нравились. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавал значение. После окончания школы поступил в университет. Хорошо адаптировался в коллективе сверстников, учиться нравилось. Строил карьерные планы, был нацелен на успех. После окончания университета устроился на хорошую работу. В дальнейшем работал на нескольких работах. Проживает в собственной квартире совместно с женой, есть ребенок. Алкоголь употребляет умеренно. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 88 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 135/85 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга

устойчив, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое, общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. На вопросы отвечает по существу, многословен, подробно описывает свои переживания. Ищет помощи. Выражение лица серьезное, периодически напряжённое, однако ближе к середине беседы может иронично улыбнуться. Сообщает о том, что приблизительно 1 месяц находится в практически постоянно раздраженном эмоциональном состоянии. В течение этого времени снизились интересы к привычным занятиям и способность получать удовольствие от чего-либо. Имеет представление, что надо делать, но «ухудшилась мотивация». «Сил гораздо меньше, но какие-то остались и поэтому продолжаю деятельность». В связи с этим чувствует истощение, загнанность. Осуждает себя за лень, откладывание дел, низкую продуктивность. При этом понимает, что в реальности не стал делать меньше. Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии. Мышление немного ускоренное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 6,5-7 часов. Сон поверхностный, утром встает без сильного желания, однако после чашки кофе быстро включается в рутинную деятельность.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- обнаружение и отказ от психологических защит
- сбалансированный способ мышления
- диалог между частями собственной личности
- постоянная конфронтация с больным компонентом Я

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- обнаружение и отказ от психологических защит
- сбалансированный способ мышления
- диалог между частями собственной личности
- постоянная конфронтация с больным компонентом Я

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- обнаружение и отказ от психологических защит
- сбалансированный способ мышления
- диалог между частями собственной личности
- постоянная конфронтация с больным компонентом Я

Диагноз

Смешанный аффективный синдром у больного характеризуется

- равномерной представленностью аффективной «триады»
- заменой на противоположный, соответствующего компонента аффективной «триады»
- доминированием какого-либо компонента аффективной «триады»
- наличием в структуре синдрома наряду с аффективными других психопатологических проявлений

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего смешанного эпизода является

- сульпирид
- ламотриджин
- прегабалин
- пароксетин

Когнитивно-поведенческая психотерапия биполярного аффективного расстройства у больного

- переведет альтернирующее течение в благоприятное континуальное
- позволит предотвратить развитие гипоманиакальных фаз
- будет способствовать гармонизации распорядка дня
- окончательно разрешит невротический конфликт

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больного включает оценку

- механизмов автоматического конформизма
- возможности реконструкции личности
- степени психического регресса в процессе болезни
- модифицирующих заболевание факторов

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов как путь к самореализации
- целенаправленное планирование деятельности с акцентом на ритмичность
- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- выявление и модификация негативных автоматических мыслей
- стремление к соединению с миром через «завоевание власти», делая других частью самого себя
- научение действию в соответствии со своими инстинктами
- калибровка индивидуальных невербальных ответов

Методом профилактики рецидивов, применяемым в когнитивно-поведенческой психотерапии больного, является

- мониторинг продромальных симптомов фазы
- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- мониторинг продромальных симптомов фазы
- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет пришла на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * раздражительность * снижение интересов * «зацикленность» на негативных мыслях, сложность расслабиться * ухудшение работоспособности * суетливость * отвлекаемость * трудности заснуть

Анамнез заболевания

Со слов больной, осенью прошлого года впервые развился «выраженный эмоциональный спад». Снизилось настроение, пропали интересы, ухудшилась мотивация к деятельности, почти перестала испытывать радость. Целыми днями находилась в плохом состоянии. Возникло ощущение, что не хватает ни на что энергии, выросла утомляемость. Повысилась сонливость. Спала по 10 часов в сутки. Утром приходилось вставать по будильнику на работу, при этом чувствовала себя вялой, невыспавшейся. В выходной день могла долго лежать в кровати после пробуждения. Ухудшилась работоспособность. Стали возникать проблемы на работе. Не понимала, что с ней происходит. Однако к марту текущего года стала чувствовать себя лучше. Само по себе выровнялось настроение. Появились силы. В апреле чувствовала себя уже «нормально», «так как всегда». В июле на фоне удачно идущих дел на работе и в целом хорошего настроения, познакомилась с молодым человеком. Возникло чувство влюбленности. Отношения с ним продолжались не долго, однако после расставания сильно не переживала, продолжала находиться на эмоциональном подъеме. Ощущала прилив сил и активности. Строила многочисленные оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, по сравнению с обычной. Могла спать по 6 часов в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. Много работала. Такое состояние продлилось до конца августа. С октября психическое состояние вновь начало меняться. На фоне неудач на работе и в личной жизни стало вновь меняться эмоциональное состояние. Возникли чувства загнанности, нехорошей взбудораженности, постоянной раздражительности. Снизились интересы и радость от деятельности. При этом были силы, делала рабочие дела, общалась с коллегами, но совершенно без удовольствия, «потому что надо». В голове «стали крутиться пессимистичные мысли», которые в том числе мешали уснуть, отвлекали от выполнения повседневных и профессиональных задач. Ухудшился сон. Спала по 6,5-7 часов, поверхностным сном, с пробуждениями до будильника. Решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Родилась вторым по счету ребенком. Есть старший брат. Раннее развитие без

особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Отец злоупотреблял алкоголем, периодически вел себя агрессивно по отношению к членам семьи, в том числе больной. Мог кричать, применить физическую силу. Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «неоднозначный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. При этом в старшей школе был период, когда подвергалась эмоциональной травле со стороны некоторых учеников. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила естественные науки. После окончания школы поступила в университет. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось. После окончания университета устроилась на работу в крупную компанию, где работает по настоящее время. Проживает на съемной квартире. Алкоголь употребляет умеренно. В прошлом году, когда был период подавленного настроения, пыталась использовать алкоголь как лекарство, но поняла, что становится еще хуже и потеряла к нему интерес. В настоящее время вновь стала периодически выпивать, так как это «способствует снятию напряжения». Употребление наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 87 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 125/75 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчива, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Двигательно активна, суетлива. Жестикулирует. На вопросы отвечает по существу, многословна, подробно описывает свои переживания. Ищет помощи. Выражение лица серьезное, периодически напряженное. Сообщает о том, что приблизительно 2 месяца находится в практически постоянно раздраженном эмоциональном состоянии. В течение этого времени снизились интерес к привычным занятиям и способность получать удовольствие от чего-либо. Имеет представление, что надо делать, есть силы, но «ухудшилась мотивация, снизилась уверенность». В

связи с этим чувствует истощение, загнанность. Считает, что, «всегда должна самостоятельно преодолевать любые трудности и не совершать ошибок». Чувствует раздражение, так как в последнее время не вполне может соответствовать этому принципу. Осуждает себя за лень, откладывание дел, низкую продуктивность. При этом понимает, что в реальности не стала делать меньше. Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии. Мышление немного ускоренное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 6,5-7 часов. Сон поверхностный, утром встает без сильного желания, однако после чашки кофе быстро включается в рутинную деятельность.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- мониторинг продромальных симптомов фазы
- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- мониторинг продромальных симптомов фазы
- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больной можно поставить диагноз

- мониторинг продромальных симптомов фазы
- обучение механизму психологической защиты отгораживания
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний
- научение действию в соответствии со своими инстинктами

Диагноз

Смешанный эпизод у больной

- может быть предвестником развития быстроциклического течения
- свидетельствует о манифестации психотической симптоматики

- является маркером длительно протекающего заболевания
- является индикатором становления ремиссии

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больной является

- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением
- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больной текущего смешанного эпизода является

- амитриптилин
- вальпроат натрия
- сульпирид
- галоперидол

Идентификация неадаптивных автоматических мыслей в процессе лечения биполярного аффективного расстройства у больной характерна для

- когнитивно-поведенческой терапии
- позитивной психотерапии
- трансактного анализа
- психоаналитической терапии

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии у больной включает оценку

- содержания болезненных сновидений
- определенной стадии развития сексуальности
- индивидуальных невербальных ответов
- последствий заболевания

Этапом когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- идентификация и реструктуризация дисфункциональных убеждений
- развитие конструктивной мистичности и опыта высших состояний
- концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний

- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов

Темой для когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- модификация психосоциальных дестабилизирующих факторов
- раскрытие механизма проекции, возникающего между двумя людьми
- осознание жизненного стиля и проблем самости
- стремление к соединению с миром через «завоевание власти», делая других частью самого себя

Важной целью когнитивно-поведенческой психотерапии больной является

- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов
- осознание переноса на пути к целостности личности
- изменение яркости образов воображения

Психотерапию больной в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов
- осознание переноса на пути к целостности личности
- изменение яркости образов воображения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет пришел на прием к врачу-психотерапевту.

Жалобы

на * раздражительность * снижение интересов * «зацикленность» на негативных мыслях, сложность расслабиться * неудачи в отношениях с женщинами * суетливость * отвлекаемость * трудности заснуть

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечалась нестабильность эмоционального состояния. Присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышались уверенность в себе, чувство справедливости. В такие периоды мог быть настойчивым и даже агрессивным. Особенно во взаимоотношениях с конфликтующими с ним сверстниками. Вместе с тем бывали периоды, когда чувствовал себя эмоционально подавленным, немного снижалась работоспособность,

нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Обычно связывал эти спады с повышенными нагрузками, с различными стрессогенными ситуациями. Перепады были «легкими», самостоятельно проходили, не причиняли серьезного вреда. В возрасте 24 лет, в течение приблизительно трех месяцев находился в состоянии выраженного эмоционального подъема. Чувствовал себя ежедневно полным энергии, сил. Испытывал эйфорию от успехов в жизни, знакомства с «девушкой мечты», а также интересной работы. Был оптимистичным, активным. Строил многочисленные карьерные планы. Много общался с друзьями, знакомыми. Часто посещал ночные клубы. Тратил много денег на развлечения, хотел поделиться радостью с друзьями, оплачивал их счета в ресторанах. Много времени посвящал разработке собственного «уникального» бизнес проекта. Не чувствовал усталости, мог не спать несколько дней подряд увлеченный работой. Начал знакомиться с другими девушками, в результате расстался с «девушкой мечты», но сильно не переживал по этому поводу так как казалось, что вся жизнь впереди. Через три месяца состояние «энтузиазма» стало проходить, пропала повышенная энергичность. Стал чувствовать себя «обычно», «нормально», «рутинно», «скучно». Осознал бесперспективность уникального бизнес-плана, продолжил работу по найму. Далее, в течение двух лет, чувствовал себя относительно стабильно, работал. При этом периодически были перепады настроения, но не придавал им большого значения, со всем справлялся. 2 месяца назад на фоне стрессогенных ситуаций на работе, в личной жизни и в семье эмоциональное состояние вновь изменилось. Возникли чувства загнанности, нехорошей взбудораженности, постоянной раздражительности. Снизились интересы и радость от деятельности. При этом были силы, делал рабочие дела, общался с коллегами и друзьями, но совершенно без удовольствия, «потому что надо». В голове «стали крутиться пессимистичные мысли», которые в том числе мешали уснуть, отвлекали от выполнения повседневных и профессиональных задач. Ухудшился сон. Спал по 6,5-7 часов, поверхностным сном, с пробуждениями до будильника. Решил обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

Анамнез жизни

Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Психопатологическую наследственность отрицает. Последнее время с родителями часто возникают конфликты. Посещал детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошел с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имел несколько друзей и подруг, был активным, общительным. Учился хорошо по тем предметам, которые нравились. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального

состояния, которой не придавал значение. После окончания школы поступил в университет. Хорошо адаптировался в коллективе сверстников, учиться нравилось. Строил карьерные планы, был нацелен на успех. После окончания университета устроился на работу. В дальнейшем работал на нескольких работах. Проживает совместно с родителями. Алкоголь употребляет умеренно. Профессиональных вредностей не имел. Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. При осмотре головы, лица, шеи, рук патологических изменений не наблюдается. Кожный покров бледно-розовый. Видимых отеков нет. Лимфатические узлы не видны. Частота дыхательных движений – 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 84 в мин., ритмичный, хорошего наполнения. АД – 135/85 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, шумов нет. Жажда не усилена. Деятельность кишечника регулярная, стул в норме. Живот мягкий, безболезненный. Зрение без изменений, нистагм отсутствует, в позе Ромберга устойчив, коленные рефлексы живые S=D, пальценосовую пробу выполняет без промахивания. Проведенные неврологическое, общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявили патологии. Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен. Двигательно активен, суетлив. На вопросы отвечает по существу, многословен, подробно описывает свои переживания. Ищет помощи. Выражение лица серьезное, периодически напряженное. Сообщает о том, что приблизительно 2 месяца находится в практически постоянно раздраженном эмоциональном состоянии. В течение этого времени снизились интересы к привычным занятиям и способность получать удовольствие от чего-либо. Тяготится конфликтами с родителями, хотел бы исправить эту ситуацию. Имеет представление, что надо делать в разных жизненных сферах, есть силы, но «ухудшилась мотивация, снизилась уверенность». В связи с этим чувствует истощение, загнанность. Считает, что, «всегда должен самостоятельно преодолевать любые трудности и не совершать ошибок». Чувствует раздражение, так как в последнее время не вполне может соответствовать этому принципу. Осуждает себя за лень, откладывание дел, низкую продуктивность. При этом понимает, что в реальности не стал делать меньше. Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии. Мышление немного ускоренное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 6,5-7 часов. Сон поверхностный, утром встает без сильного желания, однако после чашки чая быстро включается в рутинную деятельность.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов
- осознание переноса на пути к целостности личности
- изменение яркости образов воображения

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза обследованию согласно международной классификации болезней относят

- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов
- осознание переноса на пути к целостности личности
- изменение яркости образов воображения

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, больному можно поставить диагноз

- познание своего «идеализированного образа» и его функций
- профилактика рецидивов
- осознание переноса на пути к целостности личности
- изменение яркости образов воображения

Диагноз

Данными анамнеза, позволяющими предположить диагноз биполярного аффективного расстройства у больного, являются

- маниакальные фазы чаще всего развивающиеся вследствие злоупотребления психостимуляторами
- гипоманиакальные состояния вследствие успехов в разных областях жизни
- аффективные эпизоды, прежде всего, возникающие вследствие пережитого стресса
- аффективные фазы, как правило, развивающиеся аутохтонно и имеющие тенденцию к спонтанному разрешению

Принципом психотерапевтического лечения биполярного аффективного расстройства у больного является

- необходимость использования эклектических направлений психотерапии в связи с аутохтонностью циклов

- интенсивная психотерапия, составляющая основу лечения, с назначением психофармакологии преимущественно в период маниакальных фаз
- показание к психотерапии только в период ремиссии с целью профилактики
- стратегия, предусматривающая сочетание психотерапии с психофармакологическим лечением

Препаратом первой линии для купирующей терапии у больного текущего смешанного эпизода является

- сертралин
- сульпирид
- карбонат лития
- вальпроат натрия

Когнитивно-поведенческая психотерапия биполярного аффективного расстройства у больного

- приведет к смене социальной роли
- будет способствовать улучшению семейной обстановки
- окончательно разрешит невротический конфликт
- позволит предотвратить развитие гипоманиакальных фаз

Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии больного включает оценку

- механизмов автоматического конформизма
- определенной стадии развития сексуальности
- реакций на изменение настроения
- попыток разрешения внутриличностного конфликта

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- создание и поддержание терапевтического союза
- отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов как путь к самореализации
- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей
- тренинг свободной мистичности и опыта высших состояний

Методом когнитивно-поведенческой психотерапии больного является

- эмоциональная стимуляция
- научение психогимнастике
- обучение релаксации
- свободное ассоциирование

Методом профилактики рецидивов, применяемым в когнитивно-поведенческой психотерапии больного, является

- осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов
- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей

Психотерапию больного в период ремиссии рационально сочетать с фармакологическим лечением

- осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости
- определение ситуаций, предшествующих продромальным симптомам фазы
- самопрограммирование с помощью различных по модальности образов
- постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет амбулаторно обратилась к врачу-психотерапевту.

Жалобы

На периодические приступы тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, потливостью, внутренней дрожью, страхом смерти, страх находиться в больших торговых центрах.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 6 месяцев назад, в торговом центре, без видимых причин. Длился около 20 минут, сопровождался повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст., учащением пульса до 135 уд в мин., которые по окончании приступа пришли в норму. Приступы в дальнейшем стали возникать спонтанно, не предсказуемо, не сопровождалась аурой. Вне приступов АД и ЧСС в пределах нормы. До этого подобных приступов не возникало. Хронические заболевания отрицает. К врачам не обращалась. В дальнейшем приступы повторялись 1-2 раза в неделю, за последние 4 недели 6 приступов. Приступы заканчивались самостоятельно. Несколько приступов также развились в людных местах, торговых центрах, после чего появился страх посещения больших торговых центров и магазинов. Сформировалось ограничительное поведение – перестала посещать магазины. Сформировалась устойчивая тревога, страх повторения приступа, танатофобия.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру тревожная, мнительная * в течение последнего времени отмечает повышение нагрузки на работе * замужем, отношения в семье удовлетворительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидальных) тенденций. Тревожна. Напряжена, фиксирована на симптоматике, высказывает страхи, в том числе страх смерти во время приступа. Критика полностью сохранна. Вегетативно лабильна. Настроение неустойчивое, ситуационно обусловленное, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сохраняется ограничительное поведение: большие торговые центры и места с большим скоплением людей не посещает, опасается, что во время приступа ей не смогут своевременно оказать помощь. Сон не нарушен, аппетит не снижен.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога
- врача-психотерапевта
- врача-отоларинголога

В качестве инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- рентгенографию грудной клетки
- регистрацию электрокардиограммы
- УЗИ средостения
- магнитно-резонансную томографию головного мозга с контрастированием

Основным диагнозом является

- рентгенографию грудной клетки

- регистрацию электрокардиограммы
- УЗИ средостения
- магнитно-резонансную томографию головного мозга с контрастированием

Диагноз

Приступы следует рассматривать как

- парциальные эпилептические приступы
- острые психотические состояния
- панические атаки
- фибрилляцию предсердий

6 панических атак за 4 недели следует рассматривать как _____ степень панического расстройства

- умеренную
- тяжелую
- легкую
- крайне тяжелую

Тревога (страх) по поводу возможного возникновения приступа является

- вторичным страхом
- конфабуляцией
- иллюзией
- бредовой интерпретацией

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- органическим тревожным расстройством
- расстройством сна неорганической природы
- шизоидным расстройством личности
- конверсионными нарушениями моторики

В качестве первой линии медикаментозной терапии рекомендуется назначение

- ноотропных препаратов
- антиконвульсантов
- типичных антипсихотических препаратов
- СИОЗС

Препаратами выбора для купирования острого приступа паники являются

- сосудорасширяющие препараты
- фитопрепараты
- антиконвульсанты
- бензодиазепиновые транквилизаторы

В качестве немедикаментозной терапии рекомендовано назначение

- психотерапии
- лечебной физкультуры
- иглорефлексотерапии
- физиотерапии

При данном заболевании в качестве психотерапевтических методов доказана эффективность

- трансактоного анализа
- натуротерапии
- интероцептивной экспозиционной психотерапии
- экспрессивной танц-терапии

При использовании при данном заболевании бензодиазепиновых анксиолитиков, их курс не должен превышать

- трансактоного анализа
- натуротерапии
- интероцептивной экспозиционной психотерапии
- экспрессивной танц-терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 44 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

Жалобы на диффузную постоянную тревогу, не связанную с актуальными жизненными обстоятельствами, беспокойство и невозможность расслабиться, мышечное напряжение, приливы жара-холода, потливость, затрудненное засыпание, поверхностный сон без чувства отдыха, учащенное сердцебиение

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около 8 месяцев назад, без видимых причин. Обращался к психологу, посетил 4 занятия, после чего перестал посещать занятия. 4 месяца назад начал по назначению психиатра принимать

эсциталопрам – 20 мг в сутки. В первые дни приема усилилась тревога, появилась тошнота, после чего прервал прием. В настоящее время никакие препараты не принимает.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит по ½ пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергический ринит на пыльцу березы * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру мнительный * работает инженером, работа офисная * женат, проживает с женой и 15 дочерью, отношения в семье удовлетворительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 188 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 130/92 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Тревожен, беспокоен, напряжен, переживает по пустякам. Фиксирован на симптоматике. Вегетативно лабилен (отмечается потливость, учащение сердцебиения, ощущение озноба, приливы жара-холода, мышечное напряжение). Настроение без существенного снижения, без суточного колебания аффекта. Внимание рассеянное, трудности в сосредоточении обусловлены тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за тревожных мыслей, поверхностный, с пробуждениями, без чувства отдыха утром. Аппетит неснижен.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-гастроэнтеролога
- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога
- врача-психотерапевта

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- медицинского психолога
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- социального работника

Из инструментальных методов целесообразно провести

- медицинского психолога

- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- социального работника

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- медицинского психолога
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- социального работника

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- медицинского психолога
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- социального работника

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- длительность нарушений более 6 месяцев
- наличие психотических эпизодов в анамнезе
- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня
- навязчивые насильственные движения

Потливость, тахикардию, головокружение, приливы жара-холода следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- шизотипического расстройства
- бессонницы неорганической природы
- генерализованного тревожного расстройства
- специфических расстройств личности

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- психофармакотерапии и психотерапии
- озонотерапии и рефлексотерапии
- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов

- физиотерапии и голотропного дыхания

В качестве первой линии медикаментозной терапии рекомендуется назначение

- антиконвульсантов
- ноотропных препаратов
- типичных антипсихотических препаратов
- СИОЗС

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- когнитивно-поведенческой (КПТ) и динамической психотерапии
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии
- нейролингвистического программирования и психодрамы
- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии

При данном заболевании имеется высокая коморбидность с

- дегенеративно-дистрофическими заболеваниями
- патологией опорно-двигательного аппарата
- алкогольной зависимостью
- жировым гепатозом

Симптомы повышения тревоги, появившиеся в начале приема эсциталопрама, могут быть расценены как

- дегенеративно-дистрофическими заболеваниями
- патологией опорно-двигательного аппарата
- алкогольной зависимостью
- жировым гепатозом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 лет амбулаторно обратился к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на непредсказуемые, повторяющиеся приступы паники, которые четко очерчены по времени, не имеют связи с объективной опасностью, сопровождаются ощущением нереальности, учащенным сердцебиением,

эпигастральным дискомфортом, подташниванием, тремором рук, их потливостью, ощущением покалывания в теле, страхом сойти с ума.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 5 месяцев назад на работе, на фоне высокой профессиональной нагрузки, длительного периода перенапряжения в связи с подготовкой отчетов. Длительность приступа первого около 8-10 минут. Приступ закончился самостоятельно. После чего приступы повторялись практически ежедневно, но стали менее интенсивными и более продолжительными – до 20-30 минут. Во время приступа чувствовал, что не может контролировать состояние, опасался, что сойдет с ума, потеряет контроль за своим поведением. Обратился месяц назад к психотерапевту по месту жительства, по его назначению принимал алпрозолам 1 мг\сут с хорошим эффектом, приступы прекратились. Около месяца назад попробовал самостоятельно прекратить прием алпрозолам, после чего приступы возобновились. Вернулся к его приему в той же дозе. Сформировался четкий страх повторения приступов. Опасается, что возможно врачи пропустили какое-то психическое тяжелое заболевание и у него может развиваться шизофрения.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит до 15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергический ринит на цветение тополя * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру мнителен, несколько ипохондричен, тревожен * работает менеджером по оптовым продажам * женат, проживает с женой и сыном 5 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 87 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 127/87 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное.

Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидных) тенденций. Тревожен, фиксирован на состоянии, высказывает опасения за свое психическое благополучие, боится, что может стать «сумасшедшим», «шизофреником». Опасается, что не получится отменить алпрозолам. Боится повторения приступов, ухудшения состояния. Критика полностью сохранна. Вегетативно и эмоционально лабилен. Настроение не устойчивое, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сон не нарушен, аппетит неустойчивый, без снижения веса.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-пульмонолога
- врача-психотерапевта
- врача-гастроэнтеролога
- врача-кардиолога

В качестве инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- врача-пульмонолога
- врача-психотерапевта
- врача-гастроэнтеролога
- врача-кардиолога

Результаты инструментального метода обследования

Основным диагнозом является

- врача-пульмонолога
- врача-психотерапевта
- врача-гастроэнтеролога
- врача-кардиолога

Диагноз

Приступы следует рассматривать как

- абсансы
- фибрилляцию предсердий
- острые психотические состояния
- панические атаки

Ощущение нереальности, учащенное сердцебиение, тремор рук, их потливость, ощущение покалывания в теле, эпигастральный дискомфорт, подташнивание следует рассматривать как

- эпилептоформную симптоматику
- вегетативную симптоматику
- соматизированное расстройство
- нарушения со стороны ЖКТ

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- расстройством привычек и влечений
- обсессивно-компульсивным расстройством
- расстройством психосоциального развития

- диссоциативными (конверсионными) расстройствами моторики

Характерной чертой приступов при данном заболевании является

- появление их в психотравмирующей ситуации
- отсутствие связи с проявлением опасности или угрозы для жизни
- связь с пароксизмальными нарушениями
- провоцирование их опасными для жизни ситуациями

В качестве стратегии выбора в медикаментозном лечении целесообразно

- назначить типичные антипсихотики
- увеличить дозу и продолжительность лечения алпрозоламом
- отменить все лечение без последующих назначений
- заменить алпрозолам на СИОЗС

В качестве немедикаментозного метода при этом заболевании применяется

- экзистенциально-гуманистическая психотерапия
- краткосрочная психодинамическая психотерапия
- телесно-ориентированная психотерапия
- фитотерапия

В качестве повышения эффективности лечения рекомендовано сочетание

- психотерапии и фармакотерапии
- иглорефлексотерапии и массажа
- физиотерапии и лечебной физкультуры
- витаминотерапии и сосудистой терапии

При данном заболевании в качестве психотерапевтических методов доказана эффективность

- кризисной психотерапии
- логотерапии
- экспрессивной танц-терапии
- когнитивно-поведенческой психотерапии

При использовании при данном заболевании в качестве препарата первой линии целесообразно назначить _____ мг/сут

- кризисной психотерапии
- логотерапии
- экспрессивной танц-терапии
- когнитивно-поведенческой психотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет амбулаторно обратился к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на повторяющиеся дискретные приступы паники, страха, тревоги, которые возникают внезапно, без каких-либо предвестников и связи с характерными ситуациями или объектами. Приступ начинается с усиленного сердцебиения, чувства неполного вдоха, ощущения удушья, ощущения нереальности, паники, страха внезапной смерти. Также жалуется на повышенную тревожность.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 6 месяцев назад летом, в общественном транспорте, где было жарко и душно. Пришлось выйти из автобуса, состояние постепенно нормализовалось. Повторный приступ также развился в транспорте через 2 недели, после чего пациент стал избегать пользоваться общественным транспортом, при вызове такси, заказывал автомобиль с кондиционером. Приступы возникали непредсказуемо и в других местах с частотой 1-2 в неделю. Сформировался страх повторения приступов. Вне приступа чувствует себя удовлетворительно. Посещал психолога, освоил дыхательные и релаксационные техники, которые позволили легче переносить приступы. После общения с психологом сформировалось понимание, что приступы вероятно функциональный характер и не связаны с соматической патологией. Обратился к психотерапевту, по его рекомендации начал принимать венлафаксин в дозировке 37,5 мг. Несмотря на рекомендации, увеличивать дозировки венлафаксина не стал, поскольку в начале приема отмечалась сонливость, головные боли, опасался повторения побочных симптомов. В настоящее время на фоне терапии приступы возникают 3-4 раза в месяц, имеется повышенная тревожность.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит по 10 сигарет в день, алкоголь – 1-2 бокала вина в месяц * профессиональных вредностей не имел * аллергическая сыпь на поливитамины * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру тревожен, мнителен * работает водителем * женат, проживает с женой и дочерью 4 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 182 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны

сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 127/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидных) тенденций. Тревожен, Фиксирован на состоянии, понимает, что приступы, вероятно, носят функциональный характер, однако переживает, что не обследован, хочет исключить эпилепсию. Контакт доступен. В беседе подробно описывает свое состояние, уточняет возможность связи симптомов с неврологическими заболеваниями. Критика полностью сохранна. Вегетативно и эмоционально лабилен. Настроение не устойчивое, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сон не нарушен, аппетит неустойчивый, без снижения веса.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога
- врача-гастроэнтеролога

В качестве инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога
- врача-гастроэнтеролога

Результаты инструментального метода обследования

Основным диагнозом является

- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога
- врача-гастроэнтеролога

Диагноз

Приступы следует рассматривать как

- острые психотические состояния
- абсансы
- нарушения сердечного ритма

- панические атаки

Усиленное сердцебиение, чувство неполного вдоха, ощущение удушья, ощущение нереальности следует рассматривать как

- аггравацию
- нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы
- судорожные эквиваленты
- вегетативную симптоматику

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- диссоциативными (конверсионными) расстройствами моторики
- генерализованным тревожным расстройством
- расстройством психосоциального развития
- расстройством привычек и влечений

Характерной чертой приступов при данном заболевании является

- отсутствие связи с проявлением опасности или угрозы для жизни
- связь с пароксизмальными нарушениями
- провоцирование их опасными для жизни ситуациями
- появление их в психотравмирующей ситуации

В качестве стратегии выбора в медикаментозном лечении целесообразно

- назначить антиконвульсанты
- увеличить дозировку венлафаксина до терапевтической (75-225 мг/сут)
- отменить все лечение без последующих назначений
- заменить на типичные антипсихотики

В качестве немедикаментозного метода при этом заболевании применяется

- краткосрочная психодинамическая психотерапия
- физиотерапия
- телесно-ориентированная психотерапия
- экзистенциально-гуманистическая психотерапия

В качестве повышения эффективности лечения рекомендовано сочетание

- психотерапии и фармакотерапии
- иглорефлексотерапии и точечного массажа
- классического массажа и лечебной физкультуры
- витаминотерапии и сосудистой терапии

При данном заболевании в качестве психотерапевтических методов доказана эффективность

- когнитивно-поведенческой психотерапии
- эриксоновского гипноза
- трансактоного анализа
- арт-терапии

При использовании при данном заболевании бензодиазепиновых анксиолитиков, их курс не должен превышать

- когнитивно-поведенческой психотерапии
- эриксоновского гипноза
- трансактоного анализа
- арт-терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет амбулаторно обратился к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на повторяющиеся, дискретные приступы паники, страха, тревоги, которые возникают внезапно, без каких-либо предвестников, ауры. Приступ начинается с усиленного сердцебиения, чувства неполного вдоха, ощущения удушья, потливости, ощущения нереальности, паники, страха смерти.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 6 месяцев назад в транспорте, где было жарко и душно. Накануне пациент употребил большое количество алкоголя. Повторный приступ также развился в транспорте, после употребления алкоголя накануне. После чего пациент перестал совсем употреблять алкоголь и стал избегать пользоваться общественным транспортом. Приступы возникали непредсказуемо и в других местах с частотой 3-4 раза в неделю. Вне приступа чувствует себя удовлетворительно. Но отмечает повышенную тревожность, сформировался страх повторения приступов. Обратился к неврологу, по его рекомендации начал принимать сертралин в дозировке 12,5 мг. Несмотря на рекомендации, увеличивать дозировки сертралина не стал, так как «друг сказал, это наркотик». Приступы возникают 3-4 раза в месяц, меньшей интенсивности. Тревожность сохраняется.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит по 10 сигарет в день, алкоголь со

времени начала заболевания не употребляет совсем * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не имел * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру тревожен, мнителен * работает грузчиком на складе * женат, проживает с женой и сыном 14 лет, отношения формальные, без открытых конфликтов

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 132/87 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное.

Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидных) тенденций. Тревожен, фиксирован на состоянии, переживает, что не обследован, хочет исключить эпилепсию, сердечные нарушения. Контакт доступен. Во время беседы уточняем можно ли когда-нибудь будет употреблять алкоголь, может ли умереть от сердечного приступа. Критика полностью сохранна. Вегетативно и эмоционально лабилен. Боятся формирования зависимости от препаратов. Настроение не устойчивое, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сон не нарушен, аппетит неустойчивый, без снижения веса.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-офтальмолога
- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога

В качестве инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- врача-офтальмолога
- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- врача-офтальмолога
- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога

Диагноз

Приступы следует рассматривать как

- острые психотические состояния
- кратковременные трансовые состояния
- панические атаки
- пароксизмальную тахикардию

Усиленное сердцебиение, чувство неполного вдоха, ощущение удушья, потливость, ощущение нереальности следует рассматривать как

- вегетативную симптоматику
- аггравацию
- нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы
- судорожные проявления

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- расстройством привычек и влечений
- расстройством психосоциального развития
- диссоциативными (конверсионными) расстройствами моторики
- соматоформными расстройствами

Характерной чертой приступов при данном заболевании является

- отсутствие связи с проявлением опасности или угрозы для жизни
- связь с пароксизмальными нарушениями
- появление их в психотравмирующей ситуации
- провоцирование их опасными для жизни ситуациями

В качестве стратегии выбора в медикаментозном лечении целесообразно

- увеличить дозировку сертралина до терапевтической (50-150 мг/сут)
- назначить антиконвульсанты
- заменить на типичные антипсихотики
- отменить все лечение без последующих назначений

В качестве немедикаментозного метода при этом заболевании применяется

- экзистенциально-гуманистическая психотерапия
- краткосрочная психодинамическая психотерапия
- электросон
- телесно-ориентированная психотерапия

В качестве повышения эффективности лечения рекомендовано сочетание

- психотерапии и фармакотерапии
- массажа и лечебной физкультуры
- ноотропной и сосудистой терапии
- иглорефлексотерапии и ароматерапии

При данном заболевании в качестве психотерапевтических методов доказана эффективность

- экспрессивной танц-терапии
- когнитивно-поведенческой психотерапии
- психотерапии созерцанием
- кризисной психотерапии

При использовании при данном заболевании бензодиазепиновых анксиолитиков, их курс не должен превышать

- экспрессивной танц-терапии
- когнитивно-поведенческой психотерапии
- психотерапии созерцанием
- кризисной психотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет амбулаторно обратился к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на повторяющиеся приступы страха, паники, тревоги, которые возникают внезапно, без каких-либо предвестников. Приступ начинается с усиленного сердцебиения, абдоминального дискомфорта (подташнивание, жжение в области желудка), потливости, ощущения нереальности, ощущения озноба, паники, страха смерти.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 2 месяца назад на улице, состояние постепенно нормализовалось. Накануне пациент выпил большое количество алкоголя. Последние 2 недели на работе была напряженная, «нервная» обстановка». Полностью отказался от приема алкоголя. Приступы стали повторяться в разных местах без связи с какими-либо характерными обстоятельствами с частотой 6-10 приступов в неделю в течение всех последующих 2-х месяцев. Сознания во время приступов никогда не терял.

Сформировался страх смерти, стал опасаться передвигаться один, отмечает, что когда рядом кто-либо из близких, чувствует себя лучше. Обследован у эндокринолога – без патологии. Препараты не принимал.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголь не употребляет с момента начала заболевания. До этого употреблял эпизодически, изредка в больших количествах * профессиональных вредностей не имел * аллергическая сыпь на сульфаниламиды * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру тревожен, мнителен, несколько ипохондричен * не работает, получает дивиденды с ценных бумаг * женат, проживает с женой, сыном 11 лет и дочерью 15 лет, отношения удовлетворительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 187 см, масса тела 94 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 135/88 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное.

Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидных) тенденций. Тревожен, фиксирован на состоянии, переживает, что не обследован, хочет исключить эпилепсию, сердечные нарушения. Контакт доступен. Переживает, что состояние могло быть спровоцировано приемом алкоголя и напряжением. Критика полностью сохранна. Вегетативно и эмоционально лабилен. Настроение неустойчивое, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сон не нарушен, аппетит неустойчивый, без снижения веса.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-гастроэнтеролога
- врача-психотерапевта
- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога

В качестве инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- врача-гастроэнтеролога
- врача-психотерапевта
- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза целесообразно провести

- врача-гастроэнтеролога
- врача-психотерапевта
- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- врача-гастроэнтеролога
- врача-психотерапевта
- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога

Диагноз

Приступы следует рассматривать как

- парциальные эпилептические приступы
- пароксизмальную тахикардию
- панические атаки
- острые психотические состояния

Усиленное сердцебиение, абдоминальный дискомфорт (подташнивание, жжение в области желудка), потливость, ощущение нереальности, ощущение озноба следует рассматривать как

- аггравацию
- нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы
- судорожные нарушения
- вегетативную симптоматику

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- расстройством психосоциального развития
- эпилепсией
- расстройством привычек и влечений
- диссоциативными (конверсионными) расстройствами моторики

Характерной чертой приступов при данном заболевании является

- отсутствие связи с проявлением опасности или угрозы для жизни
- появление их в психотравмирующей ситуации
- провоцирование их опасными для жизни ситуациями
- связь с пароксизмальными нарушениями

В качестве стратегии выбора в медикаментозном лечении целесообразно назначить

- антиконвульсанты
- типичные антипсихотики
- СИОЗС
- ноотропы

В качестве немедикаментозного метода при этом заболевании применяется

- экзистенциально-гуманистическая психотерапия
- краткосрочная психодинамическая психотерапия
- физиотерапия
- телесно-ориентированная психотерапия

В качестве повышения эффективности лечения рекомендовано сочетание

- иглорефлексотерапии и массажа
- психотерапии и фармакотерапии
- витаминотерапии и лечебной физкультуры
- ноотропов и сосудистой терапии

При данном заболевании в качестве психотерапевтических методов доказана эффективность

- иглорефлексотерапии и массажа
- психотерапии и фармакотерапии
- витаминотерапии и лечебной физкультуры
- ноотропов и сосудистой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился амбулаторно к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на диффузную постоянную тревожность и беспокойство, не связанные с актуальными жизненными обстоятельствами, невозможность расслабиться, мышечное напряжение, вздрагивание на резкие звуки, приливы жара-холода,

повышенную потливость, затрудненное засыпание, поверхностный сон с частыми пробуждениями, без чувства отдыха, учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около 2 лет назад, без видимых причин. Обращался к психологу, посещал его 3 месяца, научился релаксации, отмечает снижение напряжения на фоне занятий. 2 месяца назад начал по назначению психиатра принимать пароксетин – 20 мг в сутки. В первые дни приема усилилась тревога, появилась тошнота, возникли сложности в сексуальной сфере, самостоятельно отменил прием. В настоящее время никакие препараты не принимает.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит по ½ пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не отмечает * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру мнительный * работает конструктором, работа офисная * женат, проживает с женой, 2-й брак, дочь 24-х лет проживает отдельно, отношения в семье удовлетворительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 191 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 134/96 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Тревожен, беспокоен, напряжен, переживает по незначительным поводам, на них фиксируется. Во время беседы суетлив, неусидчив, сбивается в речи, обильно потеет. Вегетативно лабилен (отмечается потливость, учащение сердцебиения, ощущение озноба, приливы жара-холода, мышечное напряжение). Настроение без существенного снижения, без суточного колебания аффекта. Внимание рассеянное, трудности в сосредоточении обусловлены тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за тревожных мыслей, поверхностный, с пробуждениями, без чувства отдыха утром. Аппетит не снижен.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр) врача

- пульмонолога
- сомнолога
- психотерапевта
- кардиолога

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- социального работника
- врача-нейрохирурга
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Из инструментальных методов для верификации диагноза целесообразно провести

- социального работника
- врача-нейрохирурга
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- социального работника
- врача-нейрохирурга
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- социального работника
- врача-нейрохирурга
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня
- навязчивые насильственные движения
- длительность нарушений более 6 месяцев
- наличие психотических эпизодов в анамнезе

Мышечное напряжение, вздрагивание на резкие звуки, приливы жара-холода, повышенную потливость, затрудненное засыпание, поверхностный

сон с частыми пробуждениями, без чувства отдыха, учащенное сердцебиение следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- специфических расстройств личности
- генерализованного тревожного расстройства
- бессонницы неорганической природы
- шизотипического расстройства

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- физиотерапии и голотропного дыхания
- озонотерапии и рефлексотерапии
- психофармакотерапии и психотерапии
- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов

В качестве первой линии медикаментозной терапии рекомендуется назначение

- типичных антипсихотических препаратов
- ноотропных препаратов
- антиконвульсантов
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- нейролингвистического программирования и психодрамы
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии
- когнитивно-поведенческой (КПТ) и динамической психотерапии
- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии

При данном заболевании имеется высокая коморбидность с

- патологией опорно-двигательного аппарата
- дегенеративно-дистрофическими заболеваниями
- хроническим панкреатитом
- алкогольной зависимостью

Повышение тревоги, тошнота, сексуальная дисфункция, появившиеся в начале приема пароксетина, могут быть расценены как

- патологией опорно-двигательного аппарата
- дегенеративно-дистрофическими заболеваниями

- хроническим панкреатитом
- алкогольной зависимостью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 51 года амбулаторно обратилась к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на постоянную тревожность, занимающую практически весь день, не связанную с жизненными ситуациями и обстоятельствами, чувство «нервозности», дискомфорта, ощущение мышечного напряжения, скованности, ощущение мурашек и онемения в конечностях, повышенную потливость, эпигастральный дискомфорт, урчание и спазмы в животе на фоне тревоги, учащенное сердцебиение, тремор рук, трудность концентрации внимания, затруднение засыпания из-за тревоги, тревожные сновидения.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около 3 лет назад, без связи с актуальными жизненными ситуациями и обстоятельствами. Пациентка испытывает постоянную тревогу без четкой фабулы, ощущение мышечного напряжения, ощущение мурашек и онемения в конечностях, повышенную потливость, эпигастральный дискомфорт, урчание и спазмы в животе, усиливающиеся на фоне усиления тревожности. Обследована гастроэнтерологом – без патологии. В течение этого периода имеются затрудненное засыпание из-за тревоги, тревожные сновидения. Год назад обращалась в психоневрологический диспансер по месту жительства. Принимала миртазапин в дозе 30мг/сут с хорошим эффектом в течение 4 месяцев. Самостоятельно отменила терапию. Через 2 месяца симптоматика появилась снова также вне связи с жизненными обстоятельствами. В настоящее время медикаментозного лечения не получает. Описанное состояние в течение последнего года без «светлых» промежутков.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголь – 1-2 бокала вина в неделю. * профессиональных вредностей не имела * аллергическая реакция в виде кожной сыпи на витамин С * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру тревожная, впечатлительная * работает сортировщицей * разведена, проживает одна

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы

обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 75 в 1 мин, АД 132/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, обманов восприятия, опасных (в т.ч. и суицидальных) тенденций. Испытывает общую, постоянную тревогу, несвязанную с объективными обстоятельствами и ситуациями. Вегетативно лабильна (ощущение мышечного напряжения, ощущение мурашек и онемения в конечностях, повышенная потливость, эпигастральный дискомфорт, урчание и спазмы в животе на фоне тревоги учащенное сердцебиение, тремор рук). Настроение не устойчивое, с незначительной тенденцией к снижению, без выраженного суточного колебания аффекта. Трудность сосредоточения обусловлена тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за тревоги, тревожными сновидениями. Аппетит не устойчивый.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-кардиолога
- врача-пульмонолога
- врача-психотерапевта
- врача-гастроэнтеролога

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- социального работника
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Из инструментальных методов для верификации диагноза целесообразно провести

- социального работника
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- социального работника
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга

- медицинского психолога

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- социального работника
- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- навязчивые насильственные мысли
- наличие страха смерти
- длительность нарушений более 6 месяцев
- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня

Ощущение мышечного напряжения, скованности, ощущение мурашек и онемения в конечностях, повышенную потливость, эпигастральный дискомфорт, урчание и спазмы в животе на фоне тревоги, учащенное сердцебиение, тремор рук следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- специфических расстройств личности
- генерализованного тревожного расстройства
- диссоциативного расстройства
- бессонницы неорганической природы

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов
- психофармакотерапии и психотерапии
- лечебной физкультуры и рефлексотерапии
- физиотерапии и голотропного дыхания

В качестве первой линии медикаментозной терапии рекомендуется назначение

- типичных антипсихотических препаратов
- СИОЗС в терапевтических дозировках
- ноотропных препаратов

- антиконвульсантов в субклинических дозировках

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- когнитивно-поведенческой (КПТ) или динамической психотерапии
- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии
- нейролингвистического программирования и психодрамы
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии

При данном заболевании в качестве немедикаментозных методов целесообразно проведение

- сеансов прослушивания музыки
- лечебной физкультуры
- песочной психотерапии
- релаксационных методов психотерапии

Длительность медикаментозной терапии для стабилизации эффекта и профилактики рецидивов

- сеансов прослушивания музыки
- лечебной физкультуры
- песочной психотерапии
- релаксационных методов психотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет, первичное обращение.

Жалобы

На подавленность, самобичевание, нежелание общаться, выходить из дома, раздражительность, конфликтность, тревожность, беспокойство за близких, употребление алкоголя, отсутствие аппетита, нарушение сна.

Анамнез заболевания

В отношениях с мужем был постоянный конфликт из-за семейной установки: «родители от Бога, а жену можно поменять». Муж требовал от пациентки приоритетного отношения к своим родителям, никогда не советовался с женой по материальным вопросам, все важные решения принимал с родителями. Муж был хорошим хозяином и отцом, заботился об образовании сыновей, семейном благополучии, пациентка ни в чем не нуждалась, муж не оскорблял

пациентку, не вмешивался в ее дела, работу, воспитание детей, но чувствовала себя, «как прислуга» в семье мужа, т. к. не имела права голоса и ее мнение не учитывалось. В семейной жизни старалась быть терпеливой, концентрировать внимание на положительных качествах мужа, детей, любимой работе, но дважды не выдерживала. В 2000 г. муж сам принял решение о переезде, смене работы, затем, в 2007 г. супруг перевез родителей в Москву и купил им квартиру в соседнем доме. Испытывала негодование, злилась, обижалась, ругалась с мужем, «высказывала ему все», уходила от мужа с намерением развестись, но он и сыновья уговаривали ее вернуться. Всегда получала моральную поддержку от сводной сестры, жила у нее, но и сестра также советовала сохранять семью. В 2011г. у свекрови было диагностировано онкозаболевание, в 2013г. она умерла. Пациентка все это время посвятила ей, последний год была сиделкой. Отмечает, что свёкр стал относиться к ней с благодарностью, теплее, начал хвалить, говорить что-то приятное. Пациентка стала надеяться, что «заслужила полноправие и уважение в семье», чувствовала себя увереннее, однако ее уязвляло чрезвычайное внимание мужа к отцу, а не к ней. Пациентка продолжала выполнять роль хозяйки, занималась внуками. Свёкор в настоящее время живет с гражданской женой. 6 мес. назад муж купил загородный дом и поставил пациентку перед фактом, считая, что для нее это радостная новость. Планирует жить там с отцом и его второй женой, все вместе. Пациентка категорически против съезжаться, испытывает негативные чувства по отношению к родителям мужа, начала вспоминать все прошлые обиды и попытки развестись. На фоне постоянных конфликтов в семье постепенно снизилось настроение, появилась и нарастала апатия, нет желания и сил что-то делать для себя или близких, общаться с детьми и внуками, выходить из дома. Отмечает суточные колебания настроения и активности с ухудшением утром, после обеда состояние начинает улучшаться, к вечеру начинает готовить, убирать, попросила детей звонить и привозить внуков после 17ч. Думает о том, что никому не нужна, ничего не добилась в жизни и ничего не может изменить, прокручивает в голове старые воспоминания, обиды, занимается самокопанием и самобичеванием все время. Нарушился сон и аппетит. Рано просыпается и погружается в негативные мысли. Появилась тяга к алкоголю, пьет вино, 1 бутылку в день, чтобы «заснуть и ни о чем не думать». Сестра уговорила пациентку обратиться к специалисту.

Анамнез жизни

Отец пациентки страдал алкоголизмом, в состоянии опьянения был агрессивен, бил мать. Родители развелись и мать вышла замуж повторно, а пациентка с 4-х лет жила с бабушкой. От второго брака матери есть сестра на 6 лет младше. С новой семьей матери много общалась, проводила там каникулы, не считает себя обделенной заботой и любовью в детстве. С сестрой близкие,

доверительные отношения. Хорошо училась в школе, имела много подруг, была открытой, общительной. Образование высшее, по специальности учитель русского языка. Последние 7 лет не работает. Замужем с 23 лет, муж старше на 8 лет, имеет двух взрослых сыновей, 3-х внуков, отношения с детьми и их семьями всегда были теплые. В 2009 г. – эмболизация матки. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты – отрицает.

Объективный статус

Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно. Выглядит опрятно, ухоженно. В поведении корректна, сдержана. Говорит тихо, голос мягкий. Выражение лица печальное, на глазах наворачиваются слезы, старается их скрыть. Фон настроения снижен. Жалуется, что ситуация «невыносима», не хочет переезжать в дом и не видит выхода, испытывает негативные эмоции к родственникам мужа. О чем эмоционально сообщает, приводит много примеров из семейной жизни. Признается, что жизнь «утратила краски», не испытывает прежней радости и полноты чувств, радуют только внуки. О злоупотреблении алкоголем признавалась, покраснев и смущаясь. Мышление последовательное, логическое, в несколько замедленном темпе. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

В соответствии с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- сеансов прослушивания музыки
- лечебной физкультуры
- песочной психотерапии
- релаксационных методов психотерапии

Диагноз

Пациентка сообщила, что ей не хватает понимания, сочувствия и участия. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия. Суть метода заключается в

- опознавании иррациональных установок, конфронтации с ними, их пересмотре и закреплении рациональных установок
- обучении управлению собственными физиологическими процессами посредством их визуализации
- переводе бессознательного материала психики в область сознания и подчинении своим целям
- создании соответствующего «психологического климата», терапевтических отношений

Клиент-центрированный психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом проявляет

- эмпатическую объективность, сдержанность и нейтралитет
- умение поощрять и подкреплять полезные реакции, убеждать и внушать
- дозируемую открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать
- эмпатию, конгруэнтность и безусловное положительное принятие

В клиент-центрированной терапии пациент

- свободно и спонтанно выражает чувства
- отслеживает иррациональные установки
- выполняет упражнения, рекомендованные терапевтом
- препятствует развитию собственной переносной реакции

Основными понятиями клиент-центрированного подхода являются

- индивидуальное бессознательное, коллективное бессознательное и сознание
- схемы, автоматические мысли, когнитивные ошибки, когнитивные модели
- актуализация, Я- концепция, условия ценности, организмический оценочный процесс
- классическое обусловливание, оперантное обусловливание, подкрепление, стимул, реакция

Пациентка вспоминала об обидных ситуациях и высказывала своё нежелание жить с родней мужа в новом доме. П: «Пусть живут сами и все делают сами, я не служанка, я не хочу, чтобы сыновья там бывали и невестки давали им внуков. Они меня игнорировали всю жизнь, пусть сидят там одни» (плачет и сжимает кулаки). Т: «Ваши высказывания, кажется, говорят о том, что вы испытываете боль и злость» (пациентка замерла, замолчала и задумалась). П: «Да, я всегда чувствовала обиду и отчаяние, но не понимала, как я зла! А ведь я злюсь не только на мужа, но и на детей и внуков, которые любят отца и деда, я думаю, что они меня не поддерживают и предают». Терапевт использовал прием

- отражения эмоций
- вербализации
- отзеркаливания
- катастрофизации

Пациентка всегда гордилась своими отношениями с семьями детей, никогда не ссорилась с невестками и не навязывала своего мнения. «Я-идеальная мать и свекровь». Это утверждение относится к

- организмическому оцениванию
- я-концепции
- высшему «Я»
- полю опыта

Переживание злости не согласуется с я-концепцией пациентки, соответствие опыта человека и его представлений о самом себе К. Роджерс определял как

- конгруэнтность
- актуализация
- трансценденция
- осознание

Вследствие неконгруэнтности между я-концепцией и опытом возникает

- обратная связь
- отражение эмоций
- визуализация
- процесс защиты

Любящая мать признала восприятие обиды и злости по отношению к детям и внукам и изменила свою концепцию: «Я могу злиться и на своих детей, но не из-за их отношения к отцу. Они переживают и за меня и за него. Это наши взаимоотношения и пора разобраться самим». Что привело к снижению тревоги и конфликтности. Пациентка также осознала, что имеет опыт положительных чувств по отношению к свекру, который после смерти супруги подчеркивал, что теперь она хозяйка всего дома, часто хвалил. В процессе терапии произошла + _____ + я-концепции

- рационализация
- реорганизация
- визуализация
- идеализация

Таким образом в процессе клиент-центрированной терапии у пациентки

- возросла конгруэнтность в отношениях, усилилось чувство собственного достоинства и эмпатии
- выявлены иррациональные установки, проведена конфронтация с ними, их пересмотр и закрепление рациональных установок

- изменилось негативное мышление и сформировались более адаптивные стереотипы поведения
- произошла интеграция всех частей личности, соединение с высшим Я

Клиент-центрированная терапия принадлежит к _____ направлению психотерапии

- возросла конгруэнтность в отношениях, усилилось чувство собственного достоинства и эмпатии
- выявлены иррациональные установки, проведена конфронтация с ними, их пересмотр и закрепление рациональных установок
- изменилось негативное мышление и сформировались более адаптивные стереотипы поведения
- произошла интеграция всех частей личности, соединение с высшим Я

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет, обратилась впервые.

Жалобы

На подавленность, страх перед будущим, склонность к рефлексии, периодически головные боли.

Анамнез заболевания

Около 3-4 мес. назад стала замечать за собой, что сложно принимать решения относительно перемен в будущем, отношений с молодым человеком, появился страх за свою жизнь, ощущение, что хочет большего, «жизнь проходит мимо». Постепенно начало снижаться настроение, появилась тревожность, периодическая плаксивость и головные боли. Настроение обычно снижается вечером, но не каждый день. Продолжают приносить удовольствие общение с близкими людьми, музыка, книги, собака, но иногда нет желания «шевелиться», погружается в свои мысли, жалеет себя, испытывает растерянность и страх, когда думает о своем будущем, однако не понимает почему так происходит, ведь у нее хорошая семья, родители ей гордятся и поддерживают, работу искать не пришлось, после окончания ВУЗа предложили остаться на кафедре, она благополучна. Обратилась на консультацию к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Родилась в срок, раннее развитие без особенностей. Есть сестра на 2 года младше. В возрасте 3-х лет переехала с семьей из Армении. Посещала детский

сад, в школу пошла с 7 лет, закончила школу с серебряной медалью, увлекалась танцами, баскетболом, училась в музыкальной школе, занималась языками. Образование высшее, окончила РУДН с красным дипломом. Преподает в РУДН макроэкономику. Живет с родителями, отношения в семье хорошие. Сестра 3 года назад переехала на ПМЖ в Германию. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты – отрицает.

Объективный статус

Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно. Высказывает желание пройти курс индивидуальной психотерапии, так как хочет «разобраться в причинах своих проблем», «понять, что со мной не так». Лицо гипомимичное, голос тихий. Фон настроения несколько снижен. Эмоционально лабильна, плаксива. Мышление обычного темпа, без особенностей. Критика полная. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Расстройств восприятия не выявляет.

Пациентка сообщила, что ей не хватает понимания, участия, она не может сформулировать правильно собственную проблему. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия. Центральной гипотезой клиент-центрированной психотерапии является стремление личности к

- самораскрытию
- актуализации
- социализации
- доминированию

Основными понятиями клиент-центрированного подхода являются

- схемы, автоматические мысли, когнитивные ошибки, когнитивные модели
- классическое обусловливание, оперантное обусловливание, подкрепление, стимул, реакция
- актуализация, Я- концепция, условия ценности, организмический оценочный процесс
- индивидуальное бессознательное, коллективное бессознательное и сознание

В терапии, ориентированной на клиенте, сущность процесса консультирования составляет

- классическое обусловливание
- осознание переноса
- эмпатийный контакт
- аналитическая ситуация

Клиент-центрированный психотерапевт во взаимоотношениях обеспечивает всем клиентам

- поощрение и подкрепление адаптивных форм поведения
- эмпатию, конгруэнтность и безусловное положительное принятие
- эмпатическую объективность, сдержанность и нейтралитет
- дозируемую открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать

Основными компонентами роджерсовской психотехники являются

- классическое и оперантное обусловливание, моделирование, социальное научение
- сократовский диалог, проверка гипотез, когнитивный эксперименты
- вербализация, отражение эмоций, молчаливое принятие
- интерпретация, анализ сопротивления и переноса, свободная ассоциация

Во время беседы терапевт обеспечивает возможность свободного проявления чувств, связанных с проблемой. Пациентка говорила, о том, что у нее хорошая семья, работа, молодой человек. П: «Я должна быть самодостаточна, счастлива, двигаться вперед, а я будто бы разваливаюсь. Все как-то не так, как должно быть, как-то тягостно, непонятно». Т: «Вы ощущаете тяжесть». П: «Да, да. Я чувствую тяжесть, тяжело, давит, давление. Моя жизнь на меня давит» (плачет). Терапевт использовал прием

- молчаливого принятия
- отражения эмоций
- обратной связи
- вербализации

Пациентка осознала и приняла чувство тяжести и давления на нее, которое в последствии связала со своей жизнью. В результате у пациентки наступил инсайт. Целью инсайта в личностно-центрированной терапии является

- интуитивное озарение
- избавление от симптома
- самопонимание и самопринятие
- осознание собственного бессознательного

Пациентка стремилась быть успешной, ответственной. «Я старшая сестра и ответственность на мне. Пример для сестры. Достойная дочь. Гордость семьи. Лучшая на курсе». Эти утверждения относятся к

- организмическому оцениванию
- высшему Я

- я-концепции
- полю опыта

Родители пациентки поощряли в ней стремление к достижениям, лучшей жизни. Утверждение: «Достижение цели очень важно, и я окажусь неполноценной личностью и разочарую близких, если не достигну поставленной цели» определяется как

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- предвосприятие
- организмическое оценивание

Сестра пациентки не интроецировала оценку родителей, т.к. к ней в основном относились, как младшей, давали больше свободы в творческих проявлениях. После переезда сестры у пациентки периодически возникали мысли о том, что «можно жить как-то по-другому, для себя, не заморачиваясь, делать то, к чему лежит душа». Это утверждение отражает

- условия ценности
- идеальную Я-концепцию
- организмическое оценивание
- поле опыта

В заключении терапии пациентка осознала, что испытывала страх перед будущим, т.к. не хотела больше стремиться к новым достижениям, поэтому откладывала принятия решений. Клиент-центрированный терапевт помог пациентке

- развить конгруэнтность, самопринятие и личную ответственность
- изменить негативное мышления и сформировать более адаптивные стереотипы поведения
- понять собственный жизненный сценарий и освободиться от навязанных поведенческих программ
- осознать и выстроить гармоничные отношения со своими архетипами

Первоначально метод психотерапии, разработанный К. Роджерсом, обозначался как

- развить конгруэнтность, самопринятие и личную ответственность
- изменить негативное мышления и сформировать более адаптивные стереотипы поведения
- понять собственный жизненный сценарий и освободиться от навязанных поведенческих программ

- осознать и выстроить гармоничные отношения со своими архетипами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет, обратилась впервые.

Жалобы

На подавленность, отсутствие желания работать, навязчивые мысли о проблемах на работе и своем статусе, самобичевание.

Анамнез заболевания

Около 6 мес. назад заняла должность руководителя отдела. Имеет в подчинении 8 человек. Переживала, что не справится, не сможет быть лидером. Старалась быть максимально внимательной, вникать во все детали работы сотрудников, перепроверяла все сама. На совещаниях чувствовала себя неуверенно, некомфортно, «все поймут, что я никто». Хотя давно работает в этом коллективе и неоднократно оставалась и.о. руководителя, знает свою работу и людей. Около 2 мес. назад в отдел пришла новая сотрудница на испытательный срок, с которой сразу возникли трудности, девушка не проявляла интереса к работе, была некомпетентна, опаздывала, однако занимала обвиняющую позицию, считала, что пациентка плохо объясняет ей задание, не формулирует четко задачу, предвзято к ней относится. О чем стала жаловаться другим сотрудникам, ходила плакать в отдел кадров, бухгалтерию. Такое поведение не вызывало поддержки в коллективе, но активно обсуждалось. Пациентка решила, что конфликт с новой сотрудницей покажет остальным коллегам ее несостоятельность как руководителя, подорвет авторитет. По окончании испытательного срока пациентка уволила новую сотрудницу, что далось ей с трудом, «я перед всеми оправдывалась». Постоянно думает о рабочей ситуации, обвиняет себя, стала откладывать работу, выполняет задания в режиме «дед-лайна», погружена в свои переживания. Обратилась на консультацию к психотерапевту.

Анамнез жизни

Отец, бабушки по обеим линиям страдали алкоголизмом. Имеет старшего брата. Мать по характеру эмоциональная, обидчивая, мягкая. Об отце отзывается, как о безразличном, не принимавшем участия в воспитании детей. Брат эгоистичный, безразличный, грубый. С детства зло шутил над пациенткой, высмеивал. В школу пошла с 7 лет, училась отлично, с одноклассниками складывались дружеские отношения, однако с 5 класса ребята начали избегать пациентку, т.к. брат издевался над ее друзьями, грубил и дразнил. Образование высшее, живет одна. В отношениях с мужчинами навязчива, всегда пытается

оправдаться, что-то объяснить, доказать, тяжело переживает разрыв отношений, старается их вернуть. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты-отрицает.

Объективный статус

Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно. Взволнована, сидит в напряженной позе. В процессе беседы постепенно успокаивается, становится более раскрепощенной, приветливой. Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Высказывает желание пройти курс индивидуальной психотерапии, формулирует запрос на разрешение конфликтных ситуаций на работе и проблему лидерства в коллективе. Признается, что чувствует себя не уверенно, не понимает «как правильно себя вести и что от меня ждут», из-за чего находится в напряжении. Мышление последовательное, логическое. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Пациентка сообщила, что ей не хватает понимания, сочувствия и участия. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса, основой клиент-центрированной терапии являются

- терапевтические отношения
- условия ценности
- аналитические ситуации
- трансферентные отношения

Для того, чтобы осуществить конструктивные изменения в личности клиента К. Роджерс предложил создавать терапевтические условия, ведущими из которых являются

- конгруэнтность, эмпатия и безусловное принятие
- убеждение, поощрение и подкрепление полезных реакций
- дозируемая открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать
- эмпатическая объективность, сдержанность и нейтралитет

Основными компонентами роджерсовской психотехники являются

- сократовский диалог, проверка гипотез, когнитивный эксперименты
- интерпретация, анализ сопротивления и переноса, свободная ассоциация
- классическое и оперантное обусловливание, моделирование, социальное научение
- вербализация, отражение эмоций, молчаливое принятие

Во время сеансов пациентка свободно выражала свои чувства. Сама отмечала склонность к оправданиям. П: «Я всегда оправдываюсь, перед всеми, всегда».

пауза П: «Я боюсь, что меня не так поймут, или решат, что я не в состоянии ни с чем справиться». Пауза П: «Я реагирую, как маленькая девочка? Я жду, что меня поругают?» П: «Может и жду, а может не знаю, как по-другому и привыкла защищаться». Терапевт использовал прием

- оспаривания доказательств
- молчаливого принятия
- отражения эмоций
- вербализации

Основными понятиями клиент-центрированного подхода являются

- классическое обусловливание, оперантное обусловливание, подкрепление, стимул, реакция
- актуализация, Я- концепция, условия ценности, организмический оценочный процесс
- схемы, автоматические мысли, когнитивный ошибки, когнитивные модели
- индивидуальное бессознательное, коллективное бессознательное и сознание

Высказывания пациентки: «я маленькая девочка» относятся к

- организмическому процессу
- я-концепции
- полю опыта
- условиям ценности

Высказывание пациентки: «Я должна оправдываться, чтобы защитить себя», по отношению к её я-концепции является

- иррациональным
- неконгруэнтным
- амбивалентным
- конгруэнтным

Успехи пациентки на работе, повышение в должности, не признаются сознанием пациентки, т.к. по отношению к её я-концепции являются

- неконгруэнтными
- неспецифическими
- иррациональными
- конгруэнтными

В процессе терапии пациентка интегрировала в я-структуры чувства и опыт, связанный с её профессионализмом и признанием в коллективе. И реорганизовала прежний опыт: «в детстве, когда я была маленькой девочкой, мне приходилось часто оправдываться, чтобы защитить себя». На следующем этапе терапии пациентка перешла к пониманию лидерства. Её утверждение: «Если я не буду демонстрировать жесткость и уверенность, если буду ошибаться, я буду неавторитетна и окажусь неполноценной личностью, меня все отвергнут», определяется как

- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- условия ценности
- поле опыта

Пациентке было предложено рассмотреть принцип лидерства с точки зрения клиент-центрированной терапии. Пациентка осознала, что функция лидера заключается в создании определенных условий, необходимых для раскрытия потенциала и способностей группы. Основой принципа является стремление к

- доминированию
- самораскрытию
- актуализации
- социализации

Клиент-центрированная терапия принадлежит к _____ направлению психотерапии

- гуманистическому
- когнитивному
- психоаналитическому
- поведенческому

Также к экзистенциально-гуманистическому направлению психотерапии принадлежит

- гуманистическому
- когнитивному
- психоаналитическому
- поведенческому

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет, первичное обращение.

Жалобы

На подавленность, склонность к самобичеванию, семейный конфликт, сомнения, трудности в принятии решения.

Анамнез заболевания

Около года назад появилось разочарование в семейной жизни, подавленность, мысли о собственной несостоятельности, неуверенность в себе. Муж старше на 11 лет и постоянно поучал пациентку, в браке навязывал свои эталоны поведения жены и женщины. Изначально слушала мужа во всем, старалась соответствовать его представлениям, «у меня не было нормальной семьи, я думала, что не знаю, как надо правильно жить, а его семья казалась мне дружной, я решила, надо стараться». Уставала на работе, а супруг привык к «идеальной чистоте» и требовал внимания. Пациентка должна была регулярно посещать косметолога, ходить в тренажерный зал, делать маникюр, прическу. Если мужа что-то не устраивало, дома начинался скандал. Супруг регулярно предъявлял претензии по поводу ведения домашнего хозяйства, внешности, женственности пациентки, ее непривлекательности в его глазах. 3 месяца назад муж решил купить квартиру, но хочет быть единственным владельцем недвижимости. Стал высказывать сомнения о том, что в их браке стоит планировать детей из-за непонимания между супругами. Месяц назад открыто объявил о своем желании развестись с пациенткой. Сначала пациентка испытала шок, плакала, уговаривала, предлагала поговорить, но через несколько дней смирилась, успокоилась, даже почувствовала некоторое облегчение от завершенности конфликта и согласилась на развод, готовилась к переезду, искала себе жильё. Однако муж передумал и предложил обратиться к семейному психологу, «попробовать еще раз». Пациентка начала испытывать сомнения, хочет ли она сохранять брак, как ей поступить и решила сначала «понять себя», обратилась на консультацию к психотерапевту.

Анамнез жизни

Отец, бабушки по обеим линиям страдали алкоголизмом. Родилась в срок, вторым ребенком в семье. Имеет старшего брата. Мать по характеру эмоциональная, обидчивая, мягкая. Об отце отзывается, как о безразличном, не принимавшем участия в воспитании детей. Брат эгоистичный, жестокий. С 5-12 лет подвергалась физическому насилию со стороны брата, о чем неоднократно жаловалась родителям, однако они не могли на него повлиять. Агрессивное поведение брата объясняет ревностью: «я была маленькая, мама уделяла мне много внимания, это его бесило». В школу пошла с 7 лет, училась отлично, с

одноклассниками складывались дружеские отношения, однако с 5 класса ребята начали избегать пациентку, т.к. брат издевался над ее друзьями, грубил и дразнил. Школу закончила с медалью. Образование высшее, по специальности художник по персонажам. Работает на анимационной студии. Замужем 2 года. Отношения с мужем сложные. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты-отрицает.

Объективный статус

Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно. Сидит в напряженной позе, манерна, ухожена. Говорит несколько растягивая слова, голос хорошо модулирован. Выражение лица печальное. Фон настроения сниженный. Мышление последовательное, логическое. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет. Высказывает желание пройти курс индивидуальной психотерапии, чтобы «разобраться в себе и понять, чего хочу я», разрешить семейный конфликт.

Пациентка сообщила, что ей не хватает понимания, сочувствия и участия. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия. С точки зрения клиент-центрированного подхода человек

- иррационален, имеет низкий уровень социализации и стремится к разрушению
- конструктивен и обладает врожденным стремлением к развитию и самоактуализации
- практически полностью лишен свободы воли, внешние обстоятельства детерминируют его поведение
- добивается внимания и стремится вызвать заботливое отношение со стороны других людей

Пациентке было разъяснено, что суть данного метода заключается в

- переводе бессознательного материала психики в область сознания и подчинении своим целям
- обучении управлению собственными физиологическими процессами посредством их визуализации
- создании соответствующего «психологического климата», терапевтических отношений
- опознавании иррациональных установок, конфронтации с ними, их пересмотре и закреплении рациональных установок

Основными понятиями клиент-центрированного метода являются

- схемы, автоматические мысли, когнитивные ошибки, когнитивные модели

- актуализация, Я-концепция, условия ценности, организмический оценочный процесс
- индивидуальное бессознательное, коллективное бессознательное и сознание
- классическое обусловливание, оперантное обусловливание, подкрепление, стимул, реакция

Клиент-центрированная психотерапия концентрируется на

- прошлом пациента
- анализе сновидений
- оценке будущего
- опыте пациента

Во время сеансов пациентка откровенно говорила: «У меня была нездоровая семья, я считаю себя изгоем, ненормальной в плане отношений», «муж меня любит». Эти утверждения относятся к

- условиям ценности
- я-концепции
- высшему Я
- организмическому оцениванию

Высказывание пациентки: «мне лучше слушать мужа, у него есть опыт здоровых семейных отношений», признание его авторитета во всех семейных вопросах, по отношению к её я-концепции является

- конгруэнтным
- иррациональным
- амбивалентным
- неконгруэнтным

У пациентки возникала тревожность, усталость, сомнения в оправданности претензий супруга, но она принимала его точку зрения «это тебе во благо». Вследствие неконгруэнтности между я-концепцией и опытом возникли неконгруэнтность в поведении и

- визуализация
- отражение эмоций
- процесс защиты
- обратная связь

В работе с пациенткой применялись такие методы роджерсовской психотехники, как

- сократовский диалог, проверка гипотез, когнитивный эксперимент
- анализ ранних детских воспоминаний, анализ сновидений с точки зрения предсказаний, изучение семейной истории
- вербализация, отражение эмоций, молчаливое принятие
- интерпретация, анализ сопротивления и переноса, свободная ассоциация

Пациентка стала свободнее выражать свои чувства. Когда муж предложил развод, переживала, плакала, но затем испытала облегчение, боль ушла. П: «Я успокоилась и готовилась к переезду, думала о своих планах, на мужа я не обижалась, относилась к нему, как другу. Он обещал мне во всем помочь, прекратились ссоры и претензии». Т: «Вы были собраны и спокойны». П: «Да! мне было наконец-то спокойно! комфортно, просто заниматься своими делами, ради себя самой». Терапевт использовал прием

- отражения эмоций
- вербализации
- молчаливого принятия
- катастрофизации

Когда муж передумал, извинился и предложил купить квартиру, пациентка вновь почувствовала тревогу и растерянность. П: «Я не рада, мне страшно, я боюсь, боюсь вернуться в прежнюю жизнь и вечные претензии. я постоянно об этом вспоминаю». (пауза) П: «Мне не страшно, мне просто страшно признаться, что я не люблю мужа. Я почувствовала уверенность. Я могу быть счастливой. Мне стало его жаль». В процессе терапии произошла
+ _____ + я-концепции

- рационализация
- идеализация
- реорганизация
- визуализация

Таким образом, к исходу психотерапии пациентка

- поняла собственный жизненный сценарий и освободилась от навязанных поведенческих программ
- изменила негативное мышление и сформировала адаптивные стереотипы поведения
- стала доверять себе и воспринимать место оценки и выбора локализованными внутри себя
- осознала и выстроила гармоничные отношения со своими архетипами

Клиент-центрированная терапия принадлежит к экзистенциально-гуманистическому направлению психотерапии. Также к этому направлению относится

- поняла собственный жизненный сценарий и освободилась от навязанных поведенческих программ
- изменила негативное мышление и сформировала адаптивные стереотипы поведения
- стала доверять себе и воспринимать место оценки и выбора локализованными внутри себя
- осознала и выстроила гармоничные отношения со своими архетипами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет, обратилась впервые.

Жалобы

На тревожность, неудовлетворенность работой, отсутствие возможностей для саморазвития, желание уволиться, страх неодобрения коллег и родителей.

Анамнез заболевания

Специальность экономиста и работа постепенно разочаровывали клиентку, появилось ощущение, что «делаешь ерунду никому не нужную», «я поместила себя в скучную, угнетающую обстановку», тяготилась обществом коллег, «у нас разные интересы и представления о жизни». Появилось желание бросить работу и заниматься творчеством, шить. Но боится, что ее решение вызовет неодобрение близких, испытывает чувство вины перед коллегами. Обратилась к психотерапевту с целью консультации по данным проблемам.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Родилась в срок первым ребенком в семье, есть младшая сестра. Отношения в семье хорошие, но не было принято открыто и эмоционально выражать свои чувства, хвалить детей. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 7 лет, была «привязчивой», имела 1 подругу и больше ни с кем не общалась. В ВУЗ поступила по рекомендации матери, по специальности – экономист. В ВУЗе стала более общительной и открытой, с 3 курса появились творческие увлечения, начала рисовать, шить. В настоящее время работает экономистом в крупной компании, живет самостоятельно. Как сотрудник пользуется уважением, ответственная, знающая. Получила второе высшее образование –

технический переводчик, окончила колледж по специальности швея. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты - отрицает.

Объективный статус

В кабинет входит кокетничая, держится несколько неуверенно. Одеты оригинально, в платье из кожи и павловопосадского платка, собственного дизайна и пошива. Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно. В начале беседы ведет себя жеманно, постепенно становится более естественной и серьезной. Мимика адекватна переживаниям. Отмечает склонность к перепадам настроения. Мышление последовательное, логическое. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет. Высказывает желание пройти курс индивидуальной психотерапии, чтобы «разобраться в себе и понять, чего хочу я».

Пациентке была предложена клиент-центрированная психотерапия. Клиент-центрированный подход в психотерапии был разработан

- К. Роджерсом
- В. Франклом
- И. Яломом
- А. Маслоу

Суть метода заключается в создании + _____ + для изменения личности и поведения клиента

- трансферентных отношений
- терапевтических условий
- аналитической ситуации
- негативного подкрепления

Доминирующим терапевтическим условием является + _____ + психотерапевта

- рациональность
- конгруэнтность
- дозируемая открытость
- эмпатия

Жалобы пациентки на: разочарование в работе, угнетающую обстановку, тревогу, желание бросить работу и заниматься творчеством, шить, связаны с ее стремлением к

- самораскрытию
- доминированию

- социализации
- актуализации

Мать клиентки выбрала вуз, внушая дочери, что специальность экономиста гарантирует ей стабильную работу и заработок, независимость и социальное одобрение. Ставит её в пример младшей сестре, с удовольствием рассказывает друзьям о месте работы дочери, её успехах. Эти оценки жизни пациентки отражают

- организмический оценочный процесс
- я-идеальное
- условия ценности
- предвосприятие

Страх пациентки перед неодобрением её выбора близкими и коллегами, чувство вины перед коллегами, тревога связаны с фрустрацией потребности в

- самоактуализации
- положительной оценке
- избегании конфликтов
- социальном взаимодействии

Пациентка характеризует себя как инфантильную, в тоже время ответственную. Считает, что лучше полагаться на мнение более опытного взрослого человека, специалиста. Система представлений индивида о самом себе определяется как

- я-идеальное
- я-концепция
- я-презентация
- динамическое я

Пациентка хотела бы сменить род занятий, открыть своё ателье, шить, общаться в творческой среде, чувствовать себя наполненной, реализованной, самостоятельной и свободной. Представление о себе, каким бы человеку хотелось стать в результате реализации своих возможностей, в роджерсианской психотерапии определяется как

- я-концепция
- я-реальное
- я-презентация
- я-идеальное

В процессе терапии пациентка все более осознавала, что не является самой собой, а живет по чужой мерке и эта ситуация её все меньше удовлетворяет. Она сообщила родителям о своем решении уволиться и открыть швейную мастерскую вместе с подругой. Мать пациентки резко и критично отреагировала на её планы: «ты испортишь себе жизнь», «можно шить для себя», «многие умеют и шить, и вязать. Сейчас всего полно в магазинах». П: «Раньше я думала, что не перенесу её критику. У нас не было принято возмущаться, перечить, а теперь мне хотелось спорить, постоять за себя и заявить, что не хочу жить, как «премудрый пескарь» и наблюдать, как моя жизнь проходит мимо». Пациентка осознала, что может ориентироваться на собственный опыт и ощущения, что является

- интеграцией всех частей личности
- опознаванием иррациональных установок
- условиями ценности
- организмическим оценочным процессом

Клиент-центрированный терапевт помог пациентке

- понять собственный жизненный сценарий и освободиться от навязанных поведенческих программ
- развить конгруэнтность, самопринятие и личную ответственность
- изменить негативное мышление и сформировать более адаптивные стереотипы поведения
- осознать и выстроить гармоничные отношения со своими архетипами

Триаду Роджерса составляют

- дозируемая открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать
- убеждение, поощрение и подкрепление полезных реакций
- эмпатическая объективность, сдержанность и нейтралитет
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие

Способность точно воспринимать чувства других людей, сопереживать им и принимать, определяется как

- дозируемая открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать
- убеждение, поощрение и подкрепление полезных реакций
- эмпатическая объективность, сдержанность и нейтралитет
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 г., обратилась по направлению врача-невролога.

Жалобы

Периодически возникающие слабость, головокружение, тревожность.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 2-х лет, когда впервые внезапно в театре возник эпизод слабости и головокружения, который связала с переутомлением на работе, на нем не фиксировалась. Затем слабость и головокружение могли возникнуть в самых разных ситуациях, непредсказуемо, но чаще в общественных местах. Перед головокружением чувствовала напряжение, раздражение. Не могла найти объяснение происходящему, отдыхала в санатории, принимала витамины, БАДы, обращалась к неврологу, прошла обследование, был выявлен остеохондроз шейного и грудного отдела, прошла курс терапии, без эффекта. По направлению врача-невролога обратилась на прием к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Семья проживала в Казани. Родилась в срок, первым ребенком в семье, есть младшая сестра. Раннее развитие без особенностей. Со школы отличалась самостоятельностью, ответственностью, хорошо училась, сама посещала кружки, помогала с сестрой, заботилась о родителях. Замужем, имеет 2-х детей, отношения в семье хорошие. Образование высшее, работает архитектором. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты-отрицает.

Объективный статус

Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно. Взволнована, сидит в напряженной позе. Свое волнение объясняет тем, что не уверена в необходимости обращения к психотерапевту, не понимает причин из-за которых возникает головокружение, высказывает сомнение смогут ли ей помочь. В процессе беседы постепенно успокаивается, становится более раскрепощенной, приветливой. Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Мышление последовательное, логическое. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Пациентке была предложена клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса. В терапии, ориентированной на клиенте, сущность процесса консультирования составляет

- аналитическая ситуация
- личный контакт

- классическое обусловливание
- трансферентные отношения

В роджерсианской психотерапии отношения между клиентом и психотерапевтом служат + + личностных изменений

- катализатором
- препятствием
- индикатором
- зеркалом

В клиент-центрированной терапии пациент

- отслеживает иррациональные установки
- свободно и спонтанно выражает чувства
- препятствует развитию собственной переносной реакции
- выполняет упражнения, рекомендованные терапевтом

На сессиях пациентка свободно выражала свои мысли и эмоции, по мере того, как она разбиралась со своей ситуацией, она осознала, что головокружение и слабость возникали только в присутствии мужа и вызывали его замешательство, беспокойство. Это наблюдение не продвинуло ее в понимании причин, т.к. она любит своего мужа и не желает ему плохого. Пациентка считала себя женой, которая любит и уважает мужа и никогда бы не стала ему противоречить и испытывать негативные чувства к нему. Это утверждение относится к

- я-концепции
- условиям ценности
- организмическому оцениванию
- высшему Я

Пациентка решила, что если и испытывала негативные чувства к мужу, то делала это бессознательно. Затем она признала, что злилась на мужа 2 года назад, когда впервые появились симптомы. Тогда муж не разрешил старшей дочери учиться за границей, не дал средств, мотивируя тем, что беспокоится за дочку и не считает ее самостоятельной. Переживание злости не согласуется с я-концепцией пациентки. Соответствие опыта человека и его представлений о самом себе К. Роджерс определял как

- актуализацию
- конгруэнтность
- предвосхищение

- трансценденцию

Пациентка предположила, что до сих пор не согласна с решением мужа и стремится его наказать и контролировать. Данный опыт пациентки являлся

+ _____ + я-концепции

- конгруэнтным
- неконгруэнтным
- амбивалентным
- иррациональным

Вследствие неконгруэнтности между я-концепцией и опытом возникает

- визуализация
- процесс защиты
- отражение эмоций
- обратная связь

Пациентка признала, что испытывает негативные чувства к мужу, не согласна с его решением, за что стремится его наказать и контролировать. Она осознала переживание чувств, в отношении которых в прошлом в результате защиты отмечались

- рационализация или интеллектуализация
- принятие и интроекция
- отказ или искажение
- вовлечение и укрепление Я-концепции

В процессе терапии пациентка изменила свою концепцию: «Я могу злиться на мужа и быть с ним не согласна. Я могу открыто выражать своё мнение, и это не будет означать, что я его не люблю или что я плохая жена». Пациентка поговорила с мужем, и они приняли совместное решение о возможности стажировки для дочери за рубежом, что привело к исчезновению симптомов и редукцию тревоги. В процессе терапии произошла + _____ + я-концепции

- визуализация
- реорганизация
- рационализация
- идеализация

Таким образом психотерапевт помог пациентке

- стать более конгруэнтной, открытой для опыта и менее защищенной

- изменить негативное мышление и сформировать более адаптивные стереотипы поведения
- осознать и выстроить гармоничные отношения со своими архетипами
- понять собственный жизненный сценарий и освободиться от навязанных поведенческих программ

Первоначально метод психотерапии, разработанный К. Роджерсом, обозначался как

- недирективный
- экзистенциальный
- узкоспециализированный
- поведенческий

К. Роджерс переименовал разработанный им метод психотерапии из недирективного в

- недирективный
- экзистенциальный
- узкоспециализированный
- поведенческий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет, первичное обращение.

Жалобы

На отсутствие интереса к занятиям, трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям и сессии, конфликт с родителями из-за снижения успеваемости и лени, тревожность.

Анамнез заболевания

С начала учебного года не чувствует интереса к учебе, испытывает трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям, тревогу, когда думает о ВУЗе. С утра нет желания ехать на занятия, «пинаю себя». Вечером не может сконцентрироваться на подготовке, стал рассеян, невнимателен. Боится, что не сдаст сессию и будет отчислен из ВУЗа. Начались конфликты с родителями из-за снижения успеваемости, отсутствия мотивации к учебе, лени. Родители считают, что надо больше заниматься и «выкинуть дурь из головы». Обратился на консультацию к психотерапевту для решения проблем с учебой.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Родился в срок, раннее развитие без особенностей. В школу пошёл с 7 лет, учился хорошо, с подросткового возраста не складывались отношения с одноклассниками, была пара старых друзей, время в основном проводил дома, много читал, увлекался компьютерными играми. Школу окончил с медалью. Поступил в МГУ на исторический факультет, студент 2-го курса. Живет с родителями, родители-педагоги, всегда уделяли много внимания учебе, оценкам, мотивировали на поступление в МГУ, аспирантуру, научную деятельность. Отношения в семье ближе к формальным. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты-отрицает.

Объективный статус

Во всех видах ориентирован верно. В беседу вступает неохотно. Напряжен, говорит кратко без подробностей, избегает длительного зрительного контакта, полностью характер своих переживаний не раскрывает, сообщает только о проблемах с учебой, страхе не сдать сессию и быть отчисленным из ВУЗа. Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Мышление последовательное, логическое. Отмечает снижение концентрации внимания, рассеянность, погруженность в собственные мысли. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Пациенту была предложена клиент-центрированная психотерапия К.

Роджерса. Суть данного метода заключается в

- создании соответствующего «психологического климата», терапевтических отношений
- опознавании иррациональных установок, конфронтации с ними, их пересмотре и закреплении рациональных установок
- обучении управлению собственными физиологическими процессами посредством их визуализации
- переводе бессознательного материала психики в область сознания и подчинении своим целям

Основными понятиями клиент-центрированного метода являются

- классическое обусловливание, оперантное обусловливание, подкрепление, стимул, реакция
- актуализация, Я-концепция, условия ценности, организмический оценочный процесс
- схемы, автоматические мысли, когнитивные ошибки, когнитивные модели

- индивидуальное бессознательное, коллективное бессознательное и сознание

Терапия проходит в форме

- лекции
- тренинга
- диалога
- медитации

В работе с пациентом применялись такие методы роджерсовской психотехники, как

- вербализация, отражение эмоций, молчаливое принятие
- сократовский диалог, проверка гипотез, когнитивный эксперимент
- анализ ранних детских воспоминаний, анализ сновидений с точки зрения предсказаний, изучение семейной истории
- интерпретация, анализ сопротивления и переноса, свободная ассоциация

Постепенно пациент стал свободнее выражать свои чувства. П: «Я много думал со времени нашей последней встречи. Когда я приходил к вам в прошлый раз, мы обсуждали мою учебу и отсутствие интереса к занятиям. Родители говорят, что мне надо больше заниматься и выкинуть дурь из головы. Скоро экзамены, а у меня все валится из рук, ни на чем не могу сосредоточиться». Т: «Вы бы хотели, но что-то мешает». Терапевт использовал прием

- отражения эмоций
- молчаливого принятия
- вербализации
- катастрофизации

П: «Да, это так. (Пауза, тяжелый вздох). Я чувствую себя очень одиноким. У меня совсем нет близких друзей. Отношение в институте с сокурсниками как-то не складываются. Не знаю почему, со мной почти никто не разговаривает, не то, чтобы они активно меня не любили, скорее меня просто не замечают. (Пауза). Я довольно много читаю, интересуюсь философией и историей, у меня дома компьютер последней модели». Т: «Вам кажется удивительным, что они не отмечают столь очевидных достоинств». П: «Да уж, не отмечают. (Голос становится громче). Они просто в упор меня не видят. Никто не спросит, как у меня дела. (Гневно). Может быть я недостаточно хорош для них?» Т: «Похоже, вам хочется послать их куда подальше?» П: «Я так и делаю. Я просто их игнорирую, стараюсь не обращать внимания и сосредоточиться на учебе.

(Внезапно остановившись и более тихим голосом). Так вы думаете все дело в этом? (Задумчиво). Одна моя одноклассница говорила мне, что я держусь довольно высокомерно... Может быть, я просто боюсь выглядеть в чужих глазах не столь уж умным и замечательным». Работа терапевта в этом отрывке связана с исключительно точным, + + отражением смыслов клиента

- рациональным
- эмпатическим
- синхронным
- интеллектуализированным

В условиях безоценочного принятия терапевтом, пациент разрешил себе узнать правду, которая раньше воспринималась как очень угрожающая. Высокомерное поведение пациента не согласуется с его представлениями о самом себе. Опыт пациента являлся + + по отношению к я-концепции

- неспецифическим
- неконгруэнтным
- конгруэнтным
- иррациональным

Наверняка, помимо одноклассницы ему и раньше говорили о его высокомерии, но, эта информация или отрицалась или воспринималась никак не связанной с его страхом быть хуже других. Утверждение «Я должен быть не хуже других, иначе я ничего не стою», определяется как

- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- условия ценности
- поле опыта

Когда молодой человек оказался в благоприятной ситуации, он смог разрешить себе взглянуть на реальность и осознать + + характер своего отстранено-высокомерного поведения

- трансцендентный
- трансферентный
- защитный
- иррациональный

Клиент-центрированный терапевт помог пациенту

- осознать и выстроить гармоничные отношения со своими архетипами
- изменить негативное мышление и сформировать более адаптивные стереотипы поведения
- понять собственный жизненный сценарий и освободиться от навязанных поведенческих программ
- стать более конгруэнтным, открытым для опыта и менее защищенным

Триаду Роджерса составляют

- дозируемая открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие
- убеждение, поощрение и подкрепление полезных реакций
- эмпатическая объективность, сдержанность и нейтралитет

Умение реагировать на эмоциональные проявления человека, его поступки, не оценивая их, определяется как

- дозируемая открытость, умение сосредоточиться и конфронтировать
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие
- убеждение, поощрение и подкрепление полезных реакций
- эмпатическая объективность, сдержанность и нейтралитет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет амбулаторно обратилась к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на диффузную, нефабулированную тревогу в течение всего дня, не связанную с жизненными обстоятельствами, ощущение «взвинченности», раздражительности, повышенную потливость, рассеянность внимания, учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, тремор рук, затруднение засыпания из-за тревоги, поверхностный сон, с частыми пробуждениями.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около 7 месяцев назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает тревогу и беспокойство без конкретного содержания. Потливость, тахикардия, чувство нехватки воздуха, тремор рук усиливается на фоне усиления тревожности. В течение этого периода имеется затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный сон, без чувства отдыха утром. Эпизодически для засыпания принимает зопиклон 7,5 мг (1-2 раза в месяц). На работе отмечает рассеянность внимания, трудности в сосредоточении.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергическая реакция в виде ринита на пыль * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру тревожная, сенситивная * дизайнер украшений, испытывает трудности в выполнении профессиональных обязанностей из-за актуального состояния * замужем, 2 детей (две дочери 8 и 15 лет), отношения в семье удовлетворительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 128/86 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных и суицидных тенденций. Испытывает разлитую, постоянную тревогу, несвязанную с объективными обстоятельствами, раздражительность, психическое напряжение. Вегетативно лабильна (отмечается повышенная потливость, рассеянность внимания, учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, тремор рук). Настроение не устойчивое, с незначительной тенденцией к снижению, без выраженного суточного колебания аффекта. Внимание рассеянное, что обусловлено тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за тревоги, поверхностный, с частыми пробуждениями. Аппетит не устойчивый.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-психотерапевта
- врача-пульмонолога
- врача-гастроэнтеролога
- врача-кардиолога

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- врача-окулиста
- социального работника
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Из инструментальных методов целесообразно для верификации диагноза провести

- врача-окулиста

- социального работника
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести для уточнения диагноза

- врача-окулиста
- социального работника
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- врача-окулиста
- социального работника
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- длительность нарушений более 6 месяцев
- наличие психотических эпизодов в анамнезе
- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня
- навязчивые насильственные движения

Повышенную потливость, рассеянность внимания, учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, тремор рук следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- шизотипического расстройства
- генерализованного тревожного расстройства
- специфических расстройств личности
- бессонницы неорганической природы

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- психофармакотерапии и психотерапии

- физиотерапии и голотропного дыхания
- озонотерапии и рефлексотерапии
- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов

В качестве первой линии медикаментозной терапии рекомендуется назначение

- ноотропные препараты
- типичные антипсихотические препараты
- антиконвульсанты
- СИОЗС

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- когнитивно-поведенческой и динамической психотерапии
- нейролингвистического программирования и психодрамы
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии
- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии

При данном заболевании в начале медикаментозной терапии до наступления действия СИОЗС рекомендуется их комбинация с

- бензодиазепиновыми анксиолитиками
- СИОЗСН
- ноотропными препаратами
- типичными нейролептиками

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- бензодиазепиновыми анксиолитиками
- СИОЗСН
- ноотропными препаратами
- типичными нейролептиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет амбулаторно обратилась к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на общую, постоянную тревогу, занимающую практически весь день, не связанную с жизненными обстоятельствами, ощущение мышечного

напряжения в области спины и мышц плечевого пояса, ощущение мурашек и онемения, повышенную потливость, урчание в животе на фоне тревоги, трудность сосредоточения внимания, усиленное и учащенное сердцебиение, ощущение внутренней дрожи, затруднение засыпания из-за тревоги, тревожные сновидения.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около 1 года назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает постоянную тревогу без конкретного содержания. Ощущение мышечного напряжения в области спины и мышц плечевого пояса, ощущение мурашек и онемения, повышенная потливость, урчание в животе усиливается на фоне усиления тревожности. В течение этого периода имеется затрудненное засыпание из-за тревоги, тревожные сновидения. Эпизодически для засыпания принимает бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1 мг (1-2 раза в неделю в течение последних 2-х месяцев). На работе трудности в сосредоточении.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит ½ пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергическая реакция в виде кожной сыпи на сульфаниламиды * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру тревожная, сенситивная * работает регистратором-статистиком, испытывает трудности в выполнении профессиональных обязанностей из-за актуального состояния * разведена, проживает с сыном 12 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 66 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 128/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных и суицидных тенденций. Испытывает общую, постоянную тревогу, несвязанную с объективными обстоятельствами. Вегетативно лабильна (отмечается ощущение мышечного напряжения в области спины и мышц плечевого пояса, ощущение мурашек и онемения, повышенная потливость, урчание в животе на фоне тревоги, усиленное и учащенное сердцебиение, ощущение внутренней дрожи). Настроение не устойчивое, с незначительной тенденцией к снижению, без выраженного суточного колебания аффекта. Трудность сосредоточения обусловлена тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за тревоги, тревожными сновидениями. Аппетит не устойчивый.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-кардиолога
- врача-психотерапевта
- врача-гастроэнтеролога
- врача-пульмонолога

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога
- социального работника

Из инструментальных методов для верификации диагноза целесообразно провести

- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога
- социального работника

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования для уточнения диагноза целесообразно провести

- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога
- социального работника

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- врача-окулиста
- врача-нейрохирурга
- медицинского психолога
- социального работника

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня
- длительность нарушений более 6 месяцев
- навязчивые насильственные движения
- наличие психотических эпизодов в анамнезе

Ощущение мышечного напряжения в области спины и мышц плечевого пояса, ощущение мурашек и онемения, повышенную потливость, урчание в животе на фоне тревоги, усиленное и учащенное сердцебиение, ощущение внутренней дрожи следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- генерализованного тревожного расстройства
- бессонницы неорганической природы
- специфических расстройств личности
- шизотипического расстройства

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- психофармакотерапии и психотерапии
- физиотерапии и голотропного дыхания
- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов
- озонотерапии и рефлексотерапии

В качестве первой линии медикаментозной терапии рекомендуется назначение

- типичных антипсихотических препаратов
- СИОЗС
- антиконвульсантов
- ноотропных препаратов

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии
- когнитивно-поведенческой или динамической психотерапии
- нейролингвистического программирования и психодрамы
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии

При данном заболевании в качестве немедикаментозных методов целесообразно проведение

- сеансов прослушивания музыки
- песочной психотерапии

- лечебной физкультуры
- релаксационных методов психотерапии

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- сеансов прослушивания музыки
- песочной психотерапии
- лечебной физкультуры
- релаксационных методов психотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась амбулаторно к врачу-психотерапевту.

Жалобы

Жалобы на постоянную тревожность, раздражительность в течение всего дня, не связанные с актуальными жизненными обстоятельствами, повышенную сенситивную реакцию на внешние раздражители, невозможность расслабиться, ощущение мышечной скованности, головокружения, «предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенную потливость, учащенное сердцебиение, рассеянность внимания, затруднение засыпания из-за тревожных мыслей, поверхностный сон с тревожными сновидениями, без чувства отдыха утром.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около 8 месяцев назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает диффузную тревожность, беспокойство без четкой фабулы, повышенную сенситивную реакцию на внешние раздражители, ощущение мышечной скованности, головокружение, «предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенную потливость, учащенное сердцебиение. В течение этого периода имеются затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный сон с тревожными сновидениями, без чувства отдыха утром. Обращалась к психотерапевту по месту жительства, принимала в течение последних 1,5 месяцев венлафаксин в дозе 37,5 мг/сут, на фоне приема – незначительное снижение тревожности, укорочение периода засыпания. Несмотря на предписание, увеличивать дозировку венлафаксина не стала, опасалась зависимости и побочных эффектов.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не отмечала * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру впечатлительная, мнительная * работает экскурсоводом * замужем, проживает с мужем, дочерью 15 лет и сыном 12 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 126/86 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, обманов восприятия, опасных (в т.ч. и суицидальных) тенденций. Испытывает диффузную тревожность, раздражительность, не связанные с объективными обстоятельствами, повышенную сенситивную реакцию на внешние раздражители. Вегетативно лабильна (ощущение мышечной скованности, головокружения, «предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенная потливость, учащенное сердцебиение). Настроение не устойчивое, с незначительной тенденцией к снижению, без выраженного суточного колебания аффекта. Трудность сосредоточения обусловлена тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за беспокойства, поверхностный, с тревожными сновидениями, без чувства отдыха утром. Аппетит не снижен.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- врача-пульмонолога
- врача-психотерапевта
- врача-кардиолога
- врача-гастроэнтеролога

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- врача-нейрохирурга
- социального работника
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Из инструментальных методов целесообразно провести для дифференциальной диагностики

- врача-нейрохирурга
- социального работника
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования для уточнения диагноза и определения психотерапевтических мишеней целесообразно провести

- врача-нейрохирурга
- социального работника
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- врача-нейрохирурга
- социального работника
- врача-окулиста
- медицинского психолога

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня
- навязчивые насильственные движения
- наличие психотических эпизодов в анамнезе
- длительность нарушений более 6 месяцев

Ощущение мышечной скованности, головокружения, «предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенную потливость, учащенное сердцебиение, следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- шизотипического расстройства
- генерализованного тревожного расстройства
- бессонницы неорганической природы
- специфических расстройств личности

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- психофармакотерапии и психотерапии
- озонотерапии и рефлексотерапии
- физиотерапии и голотропного дыхания
- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов

В качестве медикаментозной терапии целесообразно

- заменить венлафаксин на типичные антипсихотики
- назначение ноотропных препаратов
- увеличение венлафаксина до терапевтической дозы 75-225 мг/сут
- отменить медикаментозное лечение

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- нейролингвистического программирования и психодрамы
- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии
- когнитивно-поведенческой или динамической психотерапии

При данном заболевании в качестве немедикаментозных методов целесообразно проведение

- песочной психотерапии
- релаксационных методов психотерапии
- лечебной физкультуры
- сеансов прослушивания музыки

Длительность медикаментозной терапии для стабилизации эффекта и профилактики рецидивов

- песочной психотерапии
- релаксационных методов психотерапии
- лечебной физкультуры
- сеансов прослушивания музыки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

Жалобы на постоянную тревожность, раздражительность большую часть дня, не связанные с актуальными жизненными обстоятельствами, психическое и мышечное напряжение, невозможность расслабиться, ощущение мышечной скованности, ощущение нереальности, «предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенную потливость, учащенное и усиленное сердцебиение, тремор рук, рассеянность внимания, затруднение засыпания из-

за тревожных мыслей, поверхностный сон с тревожными сновидениями, без чувства отдыха утром.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развились постепенно, около года назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает постоянную тревожность и раздражительность без четкой фабулы, психическое и мышечное напряжение, невозможность расслабиться, ощущение мышечной скованности, ощущение нереальности, «предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенную потливость, учащенное и усиленное сердцебиение. В течение этого периода имеются затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный сон с тревожными сновидениями, без чувства отдыха утром. Обращалась к психотерапевту по месту жительства, посещала групповые занятия, направленные на регуляцию эмоционального состояния. Отмечает позитивную динамику состояния, тревожность несколько уменьшилась, но полностью не редуцировалась.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет.
* профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не отмечала * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру впечатлительная, тревожная * не работает, домохозяйка * замужем, проживает с мужем, двумя дочерьми (10 и 6 лет) и сыном 2 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 64 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 118/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, обманов восприятия, опасных (в т.ч. и суицидальных) тенденций. Испытывает постоянную тревожность, раздражительность, не связанные с объективными обстоятельствами, психическое и мышечное напряжение, невозможность расслабиться, ощущение мышечной скованности, ощущение нереальности. Вегетативно лабильна («предобморочное» состояние (состояние дурноты), повышенная потливость, учащенное и усиленное сердцебиение, тремор рук). Настроение не устойчивое, с незначительной тенденцией к снижению, без выраженного суточного колебания аффекта. Трудность сосредоточения обусловлена тревожным состоянием. Сон с нарушенным засыпанием из-за беспокойства, поверхностный, с тревожными сновидениями, без чувства отдыха утром. Аппетит не снижен.

Врачу-терапевту при приеме такой пациентки для верификации диагноза целесообразно направить ее на консультацию (осмотр)

- врача-психотерапевта
- врача-пульмонолога
- врача-кардиолога
- врача-гастроэнтеролога

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- врача-окулиста
- медицинского психолога
- социального работника
- врача-нейрохирурга

Из инструментальных методов с целью дифференциальной диагностики целесообразно провести

- врача-окулиста
- медицинского психолога
- социального работника
- врача-нейрохирурга

Результаты инструментального метода обследования

В качестве дополнительных методов исследования с целью уточнения диагноза и психотерапевтических мишеней целесообразно провести

- врача-окулиста
- медицинского психолога
- социального работника
- врача-нейрохирурга

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- врача-окулиста
- медицинского психолога
- социального работника
- врача-нейрохирурга

Диагноз

В качестве одного из диагностических критериев следует рассматривать

- длительность нарушений более 6 месяцев
- наличие психотических эпизодов в анамнезе
- суточные колебания настроения с ухудшением в первую половину дня
- навязчивые насильственные движения

"Предобморочное" состояние (состояние дурноты), повышенную потливость, учащенное и усиленное сердцебиение, тремор рук следует рассматривать как гиперактивность вегетативной нервной системы, характерной для

- специфических расстройств личности
- бессонницы неорганической природы
- генерализованного тревожного расстройства
- шизотипического расстройства

В лечении данного заболевания эффективной является комбинация

- физиотерапии и голотропного дыхания
- психофармакотерапии и психотерапии
- озонотерапии и рефлексотерапии
- иглорефлексотерапии и ноотропных препаратов

Препаратами первой линии в лечении данного заболевания являются

- СИОЗН
- антиконвульсанты
- типичные антипсихотики
- ноотропные препараты

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- нейролингвистического программирования и психодрамы
- когнитивно-поведенческой или динамической психотерапии
- экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии
- арт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии

При данном заболевании в качестве немедикаментозных методов целесообразно проведение

- лечебной физкультуры
- релаксационных методов психотерапии
- песочной психотерапии
- сеансов прослушивания музыки

Длительность медикаментозной терапии для стабилизации эффекта и профилактики рецидивов

- лечебной физкультуры
- релаксационных методов психотерапии
- песочной психотерапии
- сеансов прослушивания музыки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

После первой консультации у врача -психотерапевта, пациентка согласилась на краткосрочную психотерапию. На первой консультации врачу-психотерапевту удалось сфокусировать локальный конфликт пациентки, связанный с расставанием с мужчиной 6 месяцев назад, и сформировать мотивацию к психотерапии.

Жалобы

Жалобы на тревогу и беспокойство в течение всего дня, не связанные с внешними актуальными обстоятельствами, мышечное напряжение мышц спины и плечевого пояса, покалывание и ощущение мурашек в конечностях, ощущение внутренней дрожи, неприятные ощущения в желудке, урчание в животе, учащенное и усиленное сердцебиение, повышенную потливость, прерывистый сон, с затрудненным засыпанием из-за тревожных мыслей, частыми пробуждениями, без чувства отдыха утром, трудность сосредоточения.

Анамнез заболевания

Пациентке 32 года. Описанные жалобы развились постепенно, около 8 месяцев назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает тревогу и беспокойство неопределенного характера, беспокоится по мелочам, по поводам, на которые ранее не обратила бы внимания и которые не носят значимого характера. Отмечает напряжение мышц шеи, спины и плечевого пояса, вегетативную гиперактивность в виде потливости, сердцебиения, эпигастрального дискомфорта, дурноты, внутренней дрожи, ознобы. В течение этого периода имеется затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный, чуткий сон, без чувства отдыха утром. На работе отмечает рассеянность внимания, трудности в сосредоточении.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по

характеру тревожная, мнительная * в течение последнего времени отмечает повышение нагрузки на работе * не замужем

Объективный статус

Пациентка контактна, в ходе беседы желает понравиться, старается внимательно слушать интервенции психотерапевта. Проявляет тревогу при конфронтации психотерапевта, но приняла пробную интерпретацию психотерапевта. Хорошо выражает свои мысли в терминах чувств.

Концепция патопсихологии в динамической терапии основа на признании бессознательных конфликтов

- установок и поведения
- ранних либидинозных влечений и желаний
- индивида с реальностью
- отношений и установок

В психоаналитической парадигме функция Я, которая предупреждает об опасности, помогая субъекту реагировать адаптивным способом является

- паника
- ужас
- тревога
- защита

Основным диагнозом является

- паника
- ужас
- тревога
- защита

Диагноз

Учитывая симптомы пациентки и результаты первой консультации у врача-психотерапевта: был сформулирован локальный конфликт; пациентка способна мыслить в терминах чувств; у нее мотивация к психотерапии; хороший ответ на пробную интерпретацию психотерапевта, пациентке можно рекомендовать

- прием у врача-кардиолога
- прием у врача-гастроэнтеролога
- тренинг личностного роста
- краткосрочную психодинамическую психотерапию

Фазы: определение показаний к психотерапии, построение терапевтических отношений, проведение терапевтического обучения, оценка результата терапии характеризует

- психотерапевтический альянс
- психотерапевтический контракт
- невроз переноса
- психотерапевтический процесс

Длительность индивидуальной терапии до 20 занятий характеризует

- классический психоанализ
- психологическое консультирование
- краткосрочную психотерапию
- долгосрочную психотерапию

В психоаналитической парадигме защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго (Я) характеризует

- проекцию
- сублимацию
- идентификацию
- регрессию

Способность психотерапевта понимать эмоциональное состояние пациента посредством сопереживания и проникновения в его субъективный мир характеризует

- интроекцию
- эмпатию
- проекцию
- идентификацию

Психотерапевтическим приемом, который раскрывает проявление защитного конфликта, скрытого смысла речи и поступков субъекта, и проявляет желание пациента является

- конфронтация
- интеллектуализация
- интерпретация
- конструкция

В психоаналитической парадигме стадии развития: оральная, анальная, фаллическая и Эдипов комплекс, через которые проходит индивид от младенчества до достижения латентного периода характеризуют

- зрелую сексуальность
- инфантильную сексуальность
- психоневроз
- первертную сексуальность

Определенными приемами Я, направленными на снижение напряжения и тревоги, являются

- нарушение поведения
- защитные механизмы
- симптомы
- копинг стратегии

В психоаналитической парадигме симптомы психоневроза рассматриваются как конфликт между

- нарушение поведения
- защитные механизмы
- симптомы
- копинг стратегии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет, обратился амбулаторно к врачу-психотерапевту по рекомендации врача-психиатра. Врачу-психотерапевту удалось сформировать мотивацию пациента к краткосрочной психотерапии.

Жалобы

Жалобы на тревогу и беспокойство в течение всего дня, не связанные с внешними актуальными обстоятельствами, мышечное напряжение мышц спины и плечевого пояса, покалывание и ощущение мурашек в конечностях, ощущение внутренней дрожи, неприятные ощущения в желудке, урчание в животе, учащенное и усиленное сердцебиение, повышенную потливость, прерывистый сон, с затрудненным засыпанием из-за тревожных мыслей, частыми пробуждениями, без чувства отдыха утром, трудность сосредоточения.

Анамнез заболевания

Пациенту 49 лет. Описанные жалобы развились постепенно, около 5 месяцев

назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациент испытывает тревогу и беспокойство неопределенного характера, беспокоится по мелочам, по поводам, на которые ранее не обратила бы внимания и которые не носят значимого характера. Отмечает напряжение мышц шеи, спины и плечевого пояса, вегетативную гиперактивность в виде потливости, сердцебиения, эпигастрального дискомфорта, дурноты, внутренней дрожи, ознобы. В течение этого периода имеется затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный, чуткий сон, без чувства отдыха утром. На работе отмечает рассеянность внимания, трудности в сосредоточении.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей нет, владелец консалтинговой компании * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру тревожный, мнительный * в течение последнего времени отмечает повышение нагрузки на работе * женат, имеет троих дочерей, жизнь в семье не удовлетворен

Объективный статус

В ходе первой беседы пациент был напряжен, достаточно скепичен, проявлял тревогу при интерпретациях психотерапевта. В тоже время он хорошо выражал свои мысли в терминах чувств.

Концепция патопсихологии в динамической терапии основа на признании бессознательных конфликтов

- отношений и установок
- установок и поведения
- ранних либидинозных влечений и желаний
- индивида с реальностью

В психоаналитической парадигме функция Я, которая предупреждает об опасности, помогая субъекту реагировать адаптивным способом, является

- тревога
- ужас
- защита
- паника

Основным диагнозом является

- тревога
- ужас
- защита

- паника

Диагноз

Определенными способами Я, направленными на снижение напряжения и тревоги в психоаналитической парадигме, являются

- нарушение поведения
- симптомы
- копинг стратегии
- защитные механизмы

Процесс, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, при этом детские прообразы переживаются вновь с ощущением особой актуальности, характеризует

- невроз переноса
- сопротивление
- перенос
- отреагирование

Длительность индивидуальной терапии до 20 занятий характеризует

- краткосрочную психотерапию
- долгосрочную психотерапию
- классический психоанализ
- психологическое консультирование

В психоаналитической парадигме защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Я (Эго), характеризует

- регрессию
- идентификацию
- сублимацию
- проекцию

Защитным механизмом, который активно не допускает в сознание или устраняет из него болезненные, противоречивые чувства и воспоминания, неприемлемые желания и мысли является

- изоляция
- вытеснение

- отрицание
- отвержение

Психотерапевтическим приемом, который раскрывает проявление защитного конфликта, скрытого смысла речи и поступков субъекта и проявляет желание пациента, является

- интерпретация
- интеллектуализация
- конфронтация
- конструкция

В психоаналитической теории между 3 и 5 годами жизни ребенка находится + _____ + стадия психосексуального развития

- фаллическая
- Эдипова
- анальная
- латентная

В психоаналитической парадигме модель личности, включающая инстанции Оно(Ид), Я, Сверх-Я, является

- пограничной
- невротической
- структурной
- топографической

В психоаналитической парадигме симптомы психоневроза рассматриваются как конфликт между

- пограничной
- невротической
- структурной
- топографической

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет обратилась к врачу -психотерапевту за психотерапией по рекомендации врача-психиатра. Она жаловалась на периодические кратковременные приступы интенсивной тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, профузной потливостью,

внутренней дрожью, страхом смерти, страх находиться в больших торговых центрах. Психотерапевт (мужчина) предложил психодинамическую психотерапию, два раза в неделю. Через два месяца лечения пациентке приснилось сновидение «Пациентка встречается со своим любовником около озера. Происходит сцена выяснения отношений, она ударяет его по лицу и убегает по дороге, где она встречает лесника, у которого она может спросить дорогу, но злясь, отворачивается от него и уходит в противоположную сторону. Долго плутая в лесу, она приходит на станцию вокзала, где много людей. Пациентка очень стремится уехать в город, она думает, что важно успеть к гости к матери». В свободных ассоциациях ко сну, она вспоминает последний разрыв с любовником, описывает свое состояние потерянности после разрыва. Через 12 сеансов пациентка внезапно прерывает психотерапию. Психотерапевт, анализируя прерывание психотерапии, осознает, что он не проинтерпретировал перенос пациентки.

Жалобы

Жалобы на периодические кратковременные приступы интенсивной тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, профузной потливостью, внутренней дрожью, страхом смерти, страх находиться в больших торговых центрах.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 6 месяцев назад, в торговом центре, без видимых причин. Приступ длился около 20 минут, сопровождался повышением артериального давления. Приступы в дальнейшем стали возникать спонтанно, не предсказуемо, повторялись 1-2 раза в неделю, за последние 4 недели 6 приступов. Приступы заканчивались самостоятельно. Между ними состояние пациентки достаточно спокойное. Несколько приступов также развились в людных местах, торговых центрах, после чего появился страх посещения больших торговых центров и магазинов. Сформировалось ограничительное поведение – пациентка перестала посещать магазины.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * домохозяйка * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру тревожная, властная * замужем, детей нет

Объективный статус

При контакте пациентка была напряжена, фиксирована на симптоматике, высказывала страхи, в том числе страх смерти во время приступа. Критика полностью сохранна. Настроение неустойчивое, ситуационно обусловленное.

Концепция патопсихологии в динамической терапии основана на признании бессознательных конфликтов

- установок и поведения
- ранних либидинозных влечений и желаний
- отношений и установок
- индивида с реальностью

Психотерапевтическая техника, основанная на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, сновидений, характеризует психотерапию

- интегративную
- экзистенциально-гуманистическую
- психодинамическую
- бихевиоральную

Основным диагнозом является

- интегративную
- экзистенциально-гуманистическую
- психодинамическую
- бихевиоральную

Диагноз

В ходе психотерапевтического взаимодействия может возникнуть нежелание пациента проникать и прорабатывать собственное бессознательное, которое характеризует

- негативную терапевтическую реакцию
- перенос
- отреагирование
- сопротивление

Воспоминание о сновидении, которое рассказывает пациент психотерапевту, характеризует + _____ + содержание

- скрытое
- явное
- латентное
- символическое

В психоаналитической парадигме сновидение - это

- психическая деятельность в состоянии сна
- хранитель состояния сна
- исполнение желания
- «внутреннее торможение» условного рефлекса

Способ мышления пациента, когда он без утаивания высказывает свои мысли, не пытаясь при этом сосредоточиться, отталкиваясь от какого-то слова, числа или образа сновидения, характеризует в психоаналитической парадигме

- первичный процесс
- свободные высказывания
- свободные ассоциации
- вторичный процесс

Обнаружение скрытых мыслей в явном содержании сновидения, осуществляемых с помощью ассоциативной техники и знаний о символике сновидения, характеризует

- работу сновидения
- расшифровку сновидения
- толкование сновидения
- толкование сопротивления

Процесс, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, при этом детские прообразы переживаются вновь с ощущением особой актуальности, характеризует

- невроз переноса
- отреагирование
- сопротивление
- перенос

Под трудно преодолимым сопротивлением излечению, когда в процессе психотерапии можно ожидать улучшение пациента, но возникает ухудшение, а у психотерапевта складывается понимание, что пациент предпочитает страдание вместо излечения, понимают

- негативную терапевтическую реакцию
- бессознательное чувство вины пациента
- саботаж пациента
- регрессивную реакцию пациента

Техника, которая включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание советов, прописывание лекарств, ограничение высказыванием интерпретаций, характеризует

- гипноз
- тренинг
- классический психоанализ
- краткосрочную психотерапию

Под превращением скрытого содержания сновидения в приемлемое для Я и цензуры явное содержание сновидения понимают работу

- гипноз
- тренинг
- классический психоанализ
- краткосрочную психотерапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Диагностическая консультация женщины 32 лет, замужем 2 года, детей нет. Обратилась к психотерапевту по рекомендации врача -психиатра. Пациентка, рассказывая свои жалобы, внезапно задает вопрос: «У Вас есть дети?». Психотерапевт – женщина. Психотерапевт ответила: «Вам придется принять решение работать со мной как с психотерапевтом без ответа на ваш вопрос». Пациентка: «Я знала, что психоаналитики не говорят о своей частной жизни». Пациентка приняла интерпретацию психотерапевта, контакт продолжился. Психотерапевт предложил психодинамическую психотерапию, которая длилась в течение двух лет, два раза в неделю. К окончанию психотерапии пациентка чувствовала ослабление симптомов, осознавала свои защитные механизмы, способна была принять свои типичные реакции переноса. Психоаналитическая психотерапия завершилась за два месяца до ее родов.

Жалобы

На диагностических интервью пациентка жаловалась, что два месяца тому назад в автокатастрофе погибли ее родители. Через месяц она стала чувствовать депрессивное состояние, тревогу, беспокойство, чувство неспособности справиться с настоящей ситуацией, снижение продуктивности в повседневных делах. Иногда у нее были вспышки агрессивности. Пациентка отмечала, что сексуальные отношения с супругом сохраняются, но становятся формальными, они эмоционально отдаляются в повседневной жизни.

Анамнез заболевания

Два месяца тому назад в автокатастрофе погибли ее родители. Через месяц она стала чувствовать депрессивное состояние, тревогу, беспокойство, чувство неспособности справиться с настоящей ситуацией, снижение продуктивности в повседневных делах. Иногда у нее были вспышки агрессивности. Пациентка решила обратиться к врачу – психиатру. По рекомендации врача-психиатра обратилась к врачу - психотерапевту, так как сама не могла справиться с ситуацией.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * аллергических реакций нет * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру сенситивная * работает преподавателем в университете, испытывает трудности в выполнении профессиональных обязанностей из-за актуального состояния * замужем

Объективный статус

Пациентка была контактна. В начале психотерапевтического лечения при общении могла быть атакующей, но при конфронтации психотерапевта не становилась более агрессивной. Хорошо принимала интерпретации психотерапевта, готова была над ними думать.

Концепция патопсихологии в динамической терапии основана на признании бессознательных конфликтов

- установок и поведения
- индивида и реальности
- ранних либидинозных влечений и желаний
- отношений и установок

Психотерапевтическая техника, основанная на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, сновидений, характеризует психотерапию

- интегративную
- экзистенциально-гуманистическую
- бихевиоральную
- психодинамическую

Основным диагнозом является

- интегративную
- экзистенциально-гуманистическую
- бихевиоральную

- психодинамическую

Диагноз

Длительность индивидуальной терапии более 40-50 сеансов характеризует

- долгосрочную психотерапию
- психологическое консультирование
- тренинг
- краткосрочную психотерапию

Психотерапевтическим приемом, который раскрывает проявление защитного конфликта, скрытого смысла речи и поступков субъекта и проявляет желание пациента, является

- конфронтация
- интерпретация
- конструкция
- рационализация

Защитным механизмом, который активно не допускает в сознание или устраняет из него болезненные, противоречивые чувства и воспоминания, неприемлемые желания и мысли, является

- изоляция
- рационализация
- вытеснение
- отвержение

Процесс, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, при этом детские прообразы переживаются вновь с ощущением особой актуальности, характеризует

- перенос
- невроз переноса
- отреагирование
- сопротивление

Дата завершения длительного психоаналитического лечения устанавливается по взаимному согласию психотерапевта и пациента за несколько

- месяцев
- сеансов

- недель
- дней

Если пациент чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются им как нечто чуждое; осознает свои характерные защитные механизмы; способен понять и принять свои типичные реакции переноса и продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов, то психотерапевт может эти изменения рассматривать как

- критерии для завершения психодинамической психотерапии
- необходимость продолжать психотерапию
- свой собственный успех
- критерии эффективности психотерапии

Пациентка задает личный вопрос психотерапевту, на который он не ответил, то в психоаналитической парадигме психотерапевт сохранил позицию

- эмпатичности
- зеркала
- нейтральности
- отстраненности

Техника, которая включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание советов, прописывание лекарств, ограничение высказыванием интерпретаций, характеризует

- психологический тренинг
- краткосрочную психотерапию
- гипноз
- классический психоанализ

Способность психотерапевта понимать эмоциональное состояние пациента посредством сопереживания и проникновения в его субъективный мир характеризует

- психологический тренинг
- краткосрочную психотерапию
- гипноз
- классический психоанализ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

По рекомендации врача- психиатра женщина 42 лет обращается к врачу - психотерапевту. Психотерапевт предлагает психодинамическую психотерапию.

Жалобы

Пациентка жалуется на мысли агрессивного характера, которые неприятно повторяются, она пытается им сопротивляться, но безуспешно. Последние две – три недели навязчивые симптомы обострились, пациентка стала чувствовать нарушение активности, усиление внутреннего и психического напряжения, появление вегетативных симптомов тревоги (учащение сердцебиение). Смены настроения нет. Сон и аппетит не нарушены.

Анамнез заболевания

Около месяца тому назад, пациентка стала замечать, что появились мысли: она боится заболеть раком кишечника, которые неприятно повторялись, пациентка пыталась им сопротивляться, но безуспешно. Она их расценивает как собственные мысли. Пациентка прошла обследование у врача гастроэнтеролога, не выявлено никаких нарушений, но это не избавило пациентку от внезапно появляющихся мыслей. Последние две – три недели внезапное появление мыслей и образов обострилось, пациентка стала чувствовать нарушение активности, усиление внутреннего и психического напряжения, появились вегетативные симптомы тревоги (учащение сердцебиения, потливость). Ритуалов нет. Смены настроения нет. Сон и аппетит не нарушены.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * владелица небольшой частной компании * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру имеет психостенические черты * не замужем, есть дочь 23 лет

Объективный статус

Во время диагностического интервью пациентка контактна, имела высокую мотивацию к психотерапии.

Концепция патопсихологии в динамической терапии основа на признании бессознательных конфликтов

- ранних либидинозных влечений и желаний
- индивида с реальностью
- установок и поведения
- отношений и установок

В психоаналитической парадигме симптомы психоневроза рассматриваются как конфликт между

- «Я» и «Сверх-Я»
- «Я» и «Оно» (Ид)
- «Оно» (Ид) и «Сверх-Я»
- «Я» и реальностью

Основным диагнозом является

- «Я» и «Сверх-Я»
- «Я» и «Оно» (Ид)
- «Оно» (Ид) и «Сверх-Я»
- «Я» и реальностью

Диагноз

В психоаналитической парадигме функция Я, которая предупреждает об опасности, помогая субъекту реагировать адаптивным способом, является

- защита
- паника
- ужас
- тревога

Техника, которая включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание советов, прописывание лекарств, ограничение высказыванием интерпретаций, характеризует

- классический психоанализ
- тренинг
- краткосрочную психотерапию
- гипноз

Защитным механизмом, который активно не допускает в сознание или устраняет из него болезненные, противоречивые чувства и воспоминания, неприемлемые желания и мысли, является

- изоляция
- вытеснение
- отвержение
- подавление

В психоаналитической парадигме защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго (Я), характеризует

- проекцию
- регрессию
- сублимацию
- идентификацию

Под механизмом защиты, посредством которого человек устраняет какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью своего значимого опыта, понимают

- вытеснение
- изоляцию
- рационализацию
- отрицание

Под процессом, посредством которого субъект через абстрактное умствование пытается овладеть своими конфликтами и чувствами, понимают

- репрезентацию
- интерпретацию
- рационализацию
- ритуал

Процесс, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, при этом детские прообразы переживаются вновь с ощущением особой актуальности, характеризует

- отреагирование
- перенос
- невроз переноса
- сопротивление

В психоаналитической парадигме стадии развития: оральная, анальная, фаллическая и Эдипов комплекс, через которые проходит индивид от младенчества до достижения латентного периода, характеризуют

- инфантильную сексуальность
- зрелую сексуальность
- психоневроз
- первертную сексуальность

В психоаналитической парадигме «Царской дорогой» (via regia), связывающей бессознательное с сознательным в психике, является

- инфантильную сексуальность
- зрелую сексуальность
- психоневроз
- первертную сексуальность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

По рекомендации врача- психиатра мужчина 35 лет обращается к врачу - психотерапевту. Психотерапевт предлагает форму лечения – психоанализ.

Жалобы

Пациент жалуется на мысли агрессивного характера, которые неприятно повторяются, он пытается им сопротивляться, но безуспешно. Последние две – три недели навязчивые симптомы обострились, пациент стал чувствовать нарушение активности, усиление внутреннего и психического напряжения, появление вегетативных симптомов тревоги (учащение сердцебиение, потливость). Смены настроения нет. Сон и аппетит не нарушены.

Анамнез заболевания

Обострение состояния пациент почувствовал, когда его начальник поговорил с ним о возможном повышении в компании 3 месяца тому назад, но решение стало затягиваться и он находится в состоянии ожидания. Около месяца тому назад, пациент стал замечать, что он постоянно ведет диалог со своим начальником. Появились мысли агрессивного характера (выбросить в окно своего маленького сына), которые неприятно повторялись, пациент пытался им сопротивляться, но безуспешно. Он их расценивает как собственные мысли. Последние две – три недели навязчивые мысли обострились, пациент стал чувствовать нарушение активности, усиление внутреннего и психического напряжения, проявление вегетативных симптомов тревоги. Ритуалов нет. Смены настроения нет. Сон и аппетит не нарушены.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * работает в крупной компании, занимает место управленца среднего звена * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру имеет психостенические черты * женат, имеет сына 2 лет, семейной жизнью удовлетворен

Объективный статус

Во время диагностического интервью пациент контактен, доброжелателен,

хорошо принимает интерпретации психотерапевта. Имеет мотивацию к психотерапии.

Концепция патопсихологии в динамической терапии основа на признании бессознательных конфликтов

- ранних либидинозных влечений и желаний
- установок и поведения
- индивида с реальностью
- отношений и установок

В психоаналитической парадигме симптомы психоневроза рассматриваются как конфликт между

- «я» и «оно» (Ид)
- «я» и «сверх-Я»
- «я» и реальностью
- «оно» (Ид) и «сверх-Я»

Основным диагнозом является

- «я» и «оно» (Ид)
- «я» и «сверх-Я»
- «я» и реальностью
- «оно» (Ид) и «сверх-Я»

Диагноз

В психоаналитической парадигме функция Я, которая предупреждает об опасности, помогая субъекту реагировать адаптивным способом, является

- защита
- ужас
- паника
- тревога

В классической психоаналитической теории неврозом, при котором пациент не способен к образованию переноса, является + _____ + невроз

- истерический
- нарциссический
- обсессивно-компульсивный
- актуальный

В психоаналитической парадигме часть Эго, в которой развивается самонаблюдение, самокритика, сохраняются родительские запреты, является

- Самость
- Идентичность
- Супер-Эго
- Идеалы -Я

В психоаналитической парадигме защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго (Я), характеризует

- идентификацию
- проекцию
- сублимацию
- регрессию

Под механизмом защиты, посредством которого человек устраняет какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью его личного опыта, понимают

- рационализацию
- вытеснение
- изоляцию
- отрицание

Под процессом, посредством которого субъект через абстрактное умствование пытается овладеть своими конфликтами и чувствами, понимают

- рационализацию
- интерпретацию
- ритуал
- репрезентацию

Процесс, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, при этом детские прообразы переживаются вновь с ощущением особой актуальности, характеризует

- отреагирование
- сопротивление
- невроз переноса
- перенос

В метапсихологии З.Фрейда процесс мышления, который проявляется в конденсации и смещении образов, игнорируя категории пространства и времени, является + процессом

- символическим
- вторичным
- психическим
- первичным

В психоаналитической парадигме совокупность реакций переноса, когда анализ и психотерапевт становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротический конфликт больного вновь оживает в психоаналитической ситуации, характеризует невроз

- символическим
- вторичным
- психическим
- первичным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Диагностические консультации пациента, мужчины 35 лет, который жалуется на периодические кратковременные приступы интенсивной тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, с потливостью, внутренней дрожью, страхом смерти. На первый сеанс пациента сопровождает отец. Во время первой консультации психотерапевту удается обнаружить реальную травмирующую ситуацию: 5 месяцев тому назад в бизнесе пациент потерял покровительство крупного бизнесмена, но пациент отрицал эту потерю. Во время диагностических интервью пациенту приснилось сновидение «Пациент находится в доме бабушки по материнской линии. Вначале появляются женщины, которые превращаются в ведьм, как в кинофильме «Вий», и начинают его преследовать. Пациент испытывает ужас. Он открывает сундук и находит там икону Святого Николая». Рассказывая сон, пациент стал испытывать сильную тревогу, сравнивая ее с приступом панической атаки. Психотерапевт, испытывая сильную тревогу, говорит интерпретацию: «У вас есть образ святого Николая, которым вы пытаетесь защититься от преследования». В ответ на интерпретацию пациент вспомнил, что в детстве после отъезда отца в периодические командировки мать его жестоко наказывала за различные провинности. Врач - психотерапевт предлагает пациенту психотерапию, которая длилась четыре года.

Жалобы

Жалобы на периодические кратковременные приступы интенсивной тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, с потливостью, внутренней дрожью, страхом смерти.

Анамнез заболевания

Впервые подобный приступ возник 7 месяцев назад, по дороге в аэропорт, без видимых причин. Длился около 15 минут, сопровождался повышением артериального давления. В дальнейшем приступы повторялись 1-2 раза в неделю, за последние 4 недели 6 приступов. Приступы заканчивались самостоятельно. Несколько приступов также развились в людных местах, торговых центрах, после чего появился страх посещения больших торговых центров и магазинов. Сформировалось ограничительное поведение – перестал посещать магазины один. Сформировалась устойчивая тревога, страх повторения приступа.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит ½ пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру тревожен, мнителен * управляет компанией, но в последнее время испытывает трудности в контакте с подчиненными * женат, есть сын 2 лет, отношения в семье удовлетворительные

Объективный статус

Во время диагностического интервью пациент насторожен, тревожен, но постепенно входе первого сеанса становится более контактным, хорошо принимает интерпретации.

Защитным механизмом, который активно не допускает в сознание или устраняет из него болезненные, противоречивые чувства и воспоминания, неприемлемые желания и мысли, является

- подавление
- отвержение
- изоляция
- вытеснение

Концепция патопсихологии в динамической терапии основана признании бессознательных конфликтов

- индивида с реальностью
- ранних либидинозных влечений и желаний
- установок и поведения
- отношений и установок

Основным диагнозом является

- индивида с реальностью
- ранних либидинозных влечений и желаний
- установок и поведения
- отношений и установок

Диагноз

В психоаналитической парадигме симптомы психоневроза рассматриваются как конфликт между

- «я» и «сверх-Я»
- «оно» (Ид) и «сверх-Я»
- «я» и реальностью
- «я» и «оно» (Ид)

Психотерапевтическая техника, основанная на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, сновидений, характеризует психотерапию

- экзистенциально- гуманистическую
- бихевиоральную
- интегративную
- психодинамическую

Процесс, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, при этом детские прообразы переживаются вновь с ощущением особой актуальности, характеризует

- отреагирование
- сопротивление
- перенос
- невроз переноса

Эмоциональное отношение аналитика к своему пациенту, включающее его реакцию на определенные моменты поведения пациента, характеризует

- сопереживание
- эмпатия
- контрперенос
- перенос психотерапевта

В психоаналитической парадигме совокупность реакций переноса, когда анализ и психотерапевт становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротический конфликт больного вновь оживает в психоаналитической ситуации, характеризует невроз

- травматический
- переноса
- характера
- актуальный

Психотерапевтическим приемом, который раскрывает проявление защитного конфликта, скрытого смысла речи и поступков субъекта и проявляет желание пациента, является

- интеллектуализация
- конструкция
- конфронтация
- интерпретация

Обнаружение скрытых мыслей в явном содержании сновидения, осуществляемых с помощью ассоциативной техники и знаний о символике сновидения, характеризует

- толкование сновидения
- толкование симптома
- толкование сопротивления
- работу сновидения

Основоположником психоанализа является

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг
- Й. Брейер

В психоаналитической парадигме «Царской дорогой» (via regia), связывающей бессознательное с сознательным в психике, является

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг
- Й. Брейер

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет обратилась амбулаторно к врачу-общей практики.

Жалобы

Жалобы на страх, чувство стеснения мочиться и испражняться в общественных местах (туалетах), переживания, что звуки («журчание мочи», «испускание газов») будут услышаны окружающими, которые могут обратить на это внимание, на фоне страхов потливость, сухость во рту, приливы жара-холода, неприятные ощущения в животе; старается не пользоваться общественными туалетами (в т.ч. в местах общественного питания, театрах, кино, музеях, на вокзалах, на работе, в гостях у знакомых), ограничивает периодически себя в жидкости, если находится вне дома.

Анамнез заболевания

Заболевание началось с 4 года назад, когда в общественном туалете, где было сильное эхо, в момент ее мочеиспускания из соседней кабинки раздался смех и несколько ироничных, циничных шуток с ненормативной лексикой. С этого момента стала обращать внимание на звуки, сопровождающие мочеиспускание, дефекацию, стыдится, что их услышат окружающие. С детства была стыдливой, сенситивной, нормативной, смущалась из-за неловкости, в подростковом возрасте избегала разговоров с подругами об интимной жизни, физиологических проявлениях, считала их неприличными. Испытывала смущение с лицами противоположного пола. Близких отношений с мужчинами не было, сексуальной жизни никогда не вела. После появления описанных переживаний стала избегать пользования общественными уборными, если по крайней необходимости вынуждена зайти в общественный туалет, выжидает, чтобы там никого больше не было, старается, мочиться «тонкой струей, чтобы было не слышно», избегает опорожнять кишечник в общественных туалетах. Стала ограничивать себя в жидкости и еде, если находится вне дома, чтобы не спровоцировать позывы. Дома спокойно пользуется туалетом, подобных переживаний не испытывает. На консультацию к психотерапевту обратилась самостоятельно в связи с тем, что 2 месяца назад поменяла работу и стала работать в большой компании, где один туалет с 4-мя кабинками и много работников («почти всегда кто-то есть в туалете»), что усилило переживания пациентки. Тревога, потливость, приливы жара-холода, дискомфорт в животе появляются даже тогда, когда пациентка только предполагает, что ей придется воспользоваться общественным туалетом.

Анамнез жизни

* Хронический синусит вне обострения * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических

реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру нормативная, сенситивная, стеснительная, тревожная * В настоящее время работает в компании сотовой связи менеджером. * Не замужем, детей нет, проживает с родителями, отношения в родительской семье теплые, доверительные. О своей проблеме матери рассказала, когда перешла на новую работу и состояние обострилось * На предыдущей работе была на хорошем счету, отношения с коллективом были доброжелательные, с работой справлялась хорошо, начальство ее оценивало положительно * Имеет близкую подругу, отношения теплые, но о своей проблеме ей не рассказывает, считает, что это «неприлично и стыдно»

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 58 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 75 в 1 мин, АД 118/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено. Тревожна, эмоционально-лабильна, сенситивна. В беседе несколько скованна, смущается, когда рассказывает о своей проблеме, переживаниях. Затрудняется в подборе слов, на лице появляется румянец, дрожь в голосе, тремор рук. Критически относится к своим переживаниям, понимает их необоснованность и иррациональность, понимает, что так не должно быть. Немного успокаивается, когда узнает, что есть много людей с подобными переживаниями, что есть способы преодоления страхов. Фон настроения неустойчивый, ситуативно обусловленный, без признаков эндогенности. Сон и аппетит достаточные.

Врачу общей практики необходимо направить пациентку на консультацию (осмотр) врача

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг
- Й. Брейер

Результаты обследования

Для верификации состояния целесообразна консультация (осмотр)

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг

- Й. Брейер

Результаты обследования

Для верификации состояния и оценки необходимости назначения медикаментозного лечения целесообразно провести

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг
- Й. Брейер

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг
- Й. Брейер

Результаты обследования

Основным диагнозом является (-ются)

- Ж. Шарко
- З. Фрейд
- К. Юнг
- Й. Брейер

Диагноз

Представления о попадании в триггерную ситуацию у данной пациентки вызывает

- сексуальную дисфункцию
- тревогу предвосхищения
- патологическое фантазирование
- индуцированный бред

Одним из дифференциальных критериев является

- наличие органической патологии мочеполовой системы
- повышенное половое влечение
- дисфория

- сконцентрированность жалоб вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих

В лечении данного заболевания в качестве немедикаментозного метода лечения применяется

- физиотерапия
- психотерапия
- электросон
- лечебная физкультура

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение + _____ + препаратов

- ноотропных
- психотропных
- антибактериальных
- церебропротективных

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- релаксационных методов
- семейной психотерапии
- танц-терапии
- холотропного дыхания

Избегание пользования общественными уборными является

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

На страх покраснения лица при общении с другими (значимыми) людьми, избегание ситуаций общения, общую тревожность, неуверенность в себе, тахикардию, чувство нехватки воздуха, тремор рук в таких ситуациях.

Анамнез заболевания

Впервые подобные переживания развились во время учебы в старших классах, когда во время неудачного ответа у доски, сильно покраснел. Сверстницы-девушки стали подтрунивать и смеяться. Сам стал замечать, что когда сильно переживает, начинается покраснение лица, шеи, от чего переживает еще больше и еще больше краснеет. Подобное волнение возникает при общении со значимыми людьми – чаще сверстниц противоположного пола, учителями. Со сверстниками своего пола, незнакомыми людьми, близкими родственниками подобных переживаний не возникает. Пытался самостоятельно заниматься медитацией – в стрессовых ситуациях не удается ее эффективно применить.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру сенситивный, стеснительный, робкий * в настоящее время является студентом 2 курса экономического ВУЗа, задолженностей не имеет. * не женат, живет с родителями, отношения в семье хорошие

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 76 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 124/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен. В начале беседы встревожен, беспокоится, что может произвести неблагоприятное впечатление, неловко выглядит. При волнении сразу появляется покраснение кожных покровов лица, шеи, голос дрожит, речь сбивается, отмечается тремор рук, потливость. В процессе психотерапевтической, доброжелательной беседы, успокаивается, легко общается, уместно улыбается, подробно отвечает на вопросы в плане заданного, эмоциональные реакции соответствуют обстановке и содержанию беседы. Покраснение быстро проходит при стабилизации

эмоционального фона. Фон настроения без снижения, эмоционально-лабилен, сенситивен. Критика полностью сохранна. Сон и аппетит достаточные.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Результаты обследования

Для верификации состояния необходима консультация (осмотр)

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Результаты обследования

К инструментальным методам, которые целесообразно провести, относится

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Результаты обследования

Основным диагнозом пациента является

- коморбидным заболеванием
- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания

Диагноз

У данного пациента в качестве одного из основных диагностических критериев можно выделить

- страх покраснеть при общении, который вызывает смущение
- аномалия сексуальных предпочтений
- устойчивые нарушения поведения в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций
- наличие страха толпы в сочетании со сверхценными идеями отношений

Покраснение кожных покровов лица и шеи следует рассматривать как

- вегетативные симптомы
- очаговые неврологические нарушения симптомы
- кардиологические нарушения
- характерологические нарушения

В лечении данного заболевания в качестве немедикаментозного метода лечения применяется

- электро-судорожная терапия
- психотерапия
- массаж
- ионотерапия

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение

- антиконвульсанты
- витамины
- типичные антипсихотические препараты
- СИОЗС

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- нейролингвистического программирования
- танцевальной терапии
- экзистенциально-гуманистической психотерапии
- когнитивно-поведенческой психотерапии

При данном заболевании имеется высокая коморбидность с

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица

- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица
- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

На страх тошноты, рвоты в присутствии окружающих лиц, настороженное отношение к приему пищи в общественных местах, продуктам питания, опасения заболеть желудочно-кишечной инфекцией, которая может сопровождаться рвотой, страх употребления алкоголя (рвоты на фоне алкогольной интоксикации), на фоне тревоги появляется подташнивание, приливы жара-холода, дискомфорт в животе .

Анамнез заболевания

Заболевание началось в подростковом возрасте, когда пациента вырвало на занятиях по программированию, поскольку накануне съел несвежую колбасу. Стал переживать, что подобное может повториться, и окружающие будут испытывать отвращение. Вспоминает, что с детства, в ситуациях сильного волнения испытывал часто тошноту. Понимает иррациональность своих переживаний и критично понимает, что рвота является физиологическим процессом. С чрезмерной тщательностью относится к свежести пищи и посещению мест общественного питания. Боится, что если в компании употребит много алкоголя, то может развиться тошнота и рвота. При этом считает, что если рвота возникает, когда он дома и никто не видит, в этом нет ничего страшного.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность отягощена алкоголизмом отца * по характеру сенситивный, стеснительный, эмоциональный * в настоящее время работает менеджером в

фирме по продаже сантехники. * женат, детей нет, отношения в семье удовлетворительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 118/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено, интеллект соответствует возрасту. Тревожен, эмоционален, впечатлителен. О своих страхах говорит с критическим отношением, понимает их необоснованность и иррациональность. В большей степени расстраивает, что из-за своих переживаний не может «быть в компании сверстников как все» - есть в местах общественного питания, выпивать алкоголь, а также излишняя эмоциональная реакция (практически до паники), если тошнота возникает в присутствии окружающих. Фон настроения без снижения, эмоционально-лабилен, сенситивен. Сон и аппетит достаточные. Иногда видит сны, где его рвет в общественном месте, просыпается в ужасе.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица
- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Результаты обследования

Согласно стандарту первичной медико-санитарной помощи для определения диагноза целесообразна консультация (осмотр)

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица
- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики заболевания из инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица

- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица
- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Результаты обследования

Основным диагнозом пациента является

- сердечно-сосудистыми нарушениями
- патологией сосудов лица
- депрессивными расстройствами
- органическим поражением головного мозга

Диагноз

Страх рвоты в общественных местах следует рассматривать как

- тревожно-фобическое расстройство
- диссоциативные (конверсионные) расстройства
- реакцию на стресс
- симуляцию

Одним из дифференциальных критериев является

- возникновение симптомов в специфических ситуациях
- наличие характерологических изменений
- ранние пробуждения
- преходящие кратковременные бредовые расстройства на фоне тревоги

В лечении данного заболевания в качестве немедикаментозного метода лечения применяется

- ионотерапия
- электро-судорожная терапия
- психотерапия
- физиотерапия

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение

- препаратов, снижающих кислотность в желудке
- психотропных препаратов
- антигистаминовых препаратов
- противорвотных препаратов

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- экзистенциально-гуманистической психотерапии
- терапии творческим самовыражением
- экспозиционной терапии с использованием виртуальной реальности
- нейролингвистического программирования

При данном заболевании имеется высокая коморбидность с

- органическим поражением головного мозга
- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- органическим поражением головного мозга
- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

На страх и дискомфорт в социальных ситуациях, при общении с окружающими, переживания, что окружающие могут негативно или пренебрежительно оценить, страх урчания в животе, которое может быть услышано окружающими, избегание общественных мест (посещение кафе, тихих помещений (бильярдного зала, музеев), дискомфорт на семинарах (лекциях), которые проходят в маленьких аудиториях, появление потливости, покраснения, дискомфорта в ЖКТ, иногда позывов на дефекацию, тревоги, учащенного сердцебиения в триггерных ситуациях.

Анамнез заболевания

Заболевание началось около 4-х лет назад после того как на семинаре в маленькой учебной комнате у пациента началось громкое урчание в животе, которое было слышно окружающим, сокурсники начали смеяться, говорить, что это «ветер кишками шелестит», отпускать циничные шутки, преподаватель сказал, что «урчание мешает ему читать лекцию». С этого времени у пациента появился страх урчания в животе, дискомфорт при общении с окружающими. Стал отмечать, что чем сильнее волнуется и испытывает напряжение в социальных ситуациях, тем сильнее проявляются потливость, учащенное сердцебиение, дискомфорт в животе, усиливается перистальтика. В ситуациях комфортного общения (с родственниками, близкими друзьями, девушкой, с которой проживает 4 года) таких переживаний и ощущений не испытывает. Проживает с девушкой, отношения хорошие, теплые, доверительные. Обследован гастроэнтерологом – патологии не выявлено. Работает в типографии дизайнером сайтов. Испытывает дискомфорт, если вынужден проводить много времени с заказчиком в кабинете один на один (при обсуждении заказа).

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру чувствительный, стеснительный, эмоциональный * в настоящее время работает дизайнером сайтов в типографии с работой справляется.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 65 в 1 мин, АД 127/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено. Тревожен, стесняется своих жалоб, эмоционально-лабилен, чувствителен. Считает, что если у человека громко урчит в животе, это «нелепо, некрасиво», окружающие могут негативно отнестись или пошутить. Критически относится к своим переживаниям, понимает их необоснованность и иррациональность. Во время беседы в начале несколько скован, потом успокаивается, чувствует себя более свободно, улыбается, легко говорит на отвлечённые темы. Фон настроения без снижения, зависит от ситуационного реагирования. Сон и аппетит достаточные. Хотя иногда ограничивает себя в продуктах, которые могут вызвать усиление перистальтики

(бобовые, клетчатка), старается не допускать длительных «голодных» промежутков, чтобы не спровоцировать «урчание».

Медицинские мероприятия для диагностики заболевания включают консультацию

- органическим поражением головного мозга
- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

Для установления диагноза и определение мишеней психотерапии целесообразна консультация (осмотр)

- органическим поражением головного мозга
- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

Инструментальным методом, который целесообразно провести, является

- органическим поражением головного мозга
- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- органическим поражением головного мозга
- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

Состояние пациента соответствует в МКБ-10 диагностической рубрике диагнозу

- органическим поражением головного мозга

- агорафобией
- вирусными заболеваниями
- патологией ЖКТ

Диагноз

Страх негативной или насмешливой реакции окружающих на урчание в животе можно рассматривать как

- транс и состояние овладения
- бред преследования
- транзиторные психотические расстройства
- тревожно-фобическое расстройство

Одним из дифференциальных критериев является

- нарушения засыпания
- суточные колебания настроения
- нарушения кислотности желудочного сока
- возникновение симптомов в специфических ситуациях

В лечении данного заболевания в качестве немедикаментозного метода лечения применяется

- иглорефлексотерапия
- ионотерапия
- психотерапия
- электросудорожная терапия

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение + _____ + препаратов

- противодиарейных
- антигистаминовых
- психотропных
- антацидных

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- экспозиционной терапии с использованием виртуальной реальности
- песочной психотерапии
- нейролингвистического программирования
- терапии творческим самовыражением

При данном заболевании имеется высокая коморбидность с

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами
- витилиго
- патологией ЖКТ

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами
- витилиго
- патологией ЖКТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

На страх и дискомфорт находиться в компании сверстников, участвовать с ними в каких-либо мероприятиях (праздниках, вечеринках, общих встречах), избегание таких ситуаций, при попадании в них или при ожидании попадания появляется тревога, тремор рук, тошнота, потливость, ощущение скованности, напряжения, переживание собственной несостоятельности.

Анамнез заболевания

Заболевание началось около 4-х лет назад после того как на одной вечеринке пациент случайно опрокинул стол, салаты и напитки перевернулись на окружающих, что вызвано их негодование и гнев. Пациент сильно растревожился, чувствовал себя не ловко, стал убирать, но из-за появившегося на фоне тревоги тремора, уронил хрустальные фужеры и разбил их, выходя из комнаты, поскользнулся на банановой шкурке и упал. Окружающие начали смеяться, говорить, что он «дурачки себя ведет, как Чарли Чаплин». Пациент стал избегать совместных походов со сверстниками, участия в мероприятиях, где по его мог попасть в неловкую ситуацию. Казалось, что может что-то уронить, разбить упасть, совершить не ловкий поступок, выглядеть смешно, что вызовет издевки или пренебрежение окружающих. Даже «предвкушение», представление, что может оказаться в такой ситуации вызывало у него тревогу, потливость, подташнивание. В то же время пациенту всегда хотелось общаться и проводить время со сверстниками, участвовать в общих мероприятиях.

Описанная симптоматика не возникает, если пациент общается со своими близкими друзьями, родственниками.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена * по характеру сенситивный, нормативный, тревожный * в настоящее время работает продавцом в строительном магазине. * не женат, детей нет, проживает с родителями отношения в родительской семье теплые, доверительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 183 см, масса тела 81 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 122/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено. Тревожен, эмоционально-лабилен, сенситивен. В начале беседы скован, отвечает лаконично, с некоторыми запинками, боится ответить не впопад, выглядеть глупым, руки скованные, на вопрос специалиста отвечает, что «боится что-то смахнуть со столы, зацепить». От волнения на лице румянец. Критически относится к своим переживаниям, понимает их необоснованность и иррациональность. За время беседы успокаивается, чувствует себя более свободно, улыбается, легко говорит на отвлечённые темы, умеренно жестикулирует. Сообщает, что с удовольствием бы общался в компаниях, но боится быть не ловким и смешным, всеобщего внимания. Фон настроения без снижения. Сон и аппетит достаточные.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами
- витилиго
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

Для верификации состояния целесообразна консультация (осмотр)

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

- витилиго
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

К инструментальным методам, которые целесообразно провести, относится

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами
- витилиго
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами
- витилиго
- патологией ЖКТ

Результаты обследования

Основным диагнозом пациента является

- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами
- витилиго
- патологией ЖКТ

Диагноз

Представления о попадании в триггерную ситуацию у данного пациента вызывает

- парадоксальную сомнезию
- ипохондрическую фиксацию
- антиципационную тревогу
- маниакальные нарушения

Одним из дифференциальных критериев является

- снижение либидо
- сконцентрированность жалоб вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих

- злоупотребление ПАВ
- прерывистый сон

В лечении данного заболевания в качестве немедикаментозного метода лечения применяется

- психотерапия
- озонотерапия
- лечебная физкультура
- иглорефлексотерапия

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение
+ _____ + препаратов

- антацидных
- антигистаминовых
- психотропных
- ноотропных

В качестве психотерапевтических методов с целью контроля над дыханием и мышечным напряжением целесообразно проведение

- релаксационных методов
- экзистенциально-гуманистической психотерапии
- арт-терапии с использованием произведений искусства
- многолетнего классического психоанализа

Эта патология часто имеет коморбидность с

- эссенциальным тремором
- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Проводить дифференциальную диагностику данного состояния следует с

- эссенциальным тремором
- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

* на страх и дискомфорт общаться с противоположным полом, * избегание личного общения со сверстниками, * избегание проведения совместного времени особенно один на один с девушками, * при попадании в такие ситуации или при ожидании попадания в них появляется тревога, дрожь в голосе, чувство нехватки воздуха, потливость, ощущение скованности, напряжения, спазмы в животе

Анамнез заболевания

Заболевание началось с подросткового возраста, когда друзья стали активно общаться со сверстниками, рассказывать об этом в компаниях, шутить на сексуальные темы. Сам пациент опасался такого общения, негативной оценки, отвержения, насмешек. Старался больше общаться с друзьями, если оказывался в совместной компании и ними и с девушками, держался в стороне. Состояние ухудшилось после того, как на вечеринке под напором друзей пригласил одноклассницу на танец, а она с громким смехом отказалась, и потом нарочито рассказывала группе своих подруг об этом и все смеялись. На этом же вечере девушка танцевала с другими одноклассниками. После окончания школы поступил в ВУЗ, учился на архитектора, девушек в группе практически не было, общения с противоположным полом вне стен ВУЗа также не сформировалось. Закончил ВУЗ, начал работать по специальности в проектное бюро, коллектив которой был преимущественно мужским. От предложений друзей познакомиться с кем-либо отказывался из-за страха, что будет выглядеть в глазах девушки нелепым, не сможет вести себя свободно, получит отказ. Несколько раз приглашал по совету друзей девушек на свидание, но каждый раз отменял, поскольку представления о встрече вызвали тревогу, панику, вегетативные проявления. Всегда хотел преодолеть состояние, свободно общаться с девушками, построить длительные доверительные отношения, жениться. Описанная симптоматика не возникает, если пациент общается со своими близкими друзьями, коллегами по работе, родственниками.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру сенситивный, стеснительный, тревожный * в настоящее время работает архитектором в проектное бюро, с работой справляется хорошо,

отношения в коллективе дружеские. * не женат, детей нет, проживает с родителями, отношения в родительской семье теплые, доверительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 69 в 1 мин, АД 124/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено. Тревожен, эмоционально-лабилен, сенситивен. В беседе открыт, старательно и подробно отвечает на вопросы, при расспросе об отношениях с противоположным полом краснеет, появляется румянец, усиливается потливость. Критически относится к своим переживаниям, понимает их необоснованность и иррациональность. Легко говорит на отвлечённые темы, с увлечением рассказывает о своей работе, отношения в коллективе характеризует как хорошие, творческие. Сообщает, что с удовольствием бы общалась с девушками, но не знает, что сказать, как себя вести, боится их внимания, негативной оценки. Сексуальный интерес к противоположному полу сохранен, но разговор на эти темы вызывает сильное смущение у пациента. Фон настроения без снижения. Сон и аппетит достаточные.

Пациента целесообразно направить на консультацию к

- эссенциальным тремором
- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Результаты обследования

Для верификации состояния целесообразна консультация (осмотр)

- эссенциальным тремором
- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Результаты обследования

Из инструментальных методов целесообразно провести

- эссенциальным тремором

- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Результаты обследования

На основании стандарта первичной медико-санитарной помощи пациенту целесообразно провести

- эссенциальным тремором
- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Результаты обследования

Основным диагнозом согласно МКБ-10 является

- эссенциальным тремором
- системными заболеваниями крови
- органическим поражением головного мозга
- депрессивными расстройствами

Диагноз

Представления о попадании в триггерную ситуацию у данного пациента вызывает

- цефалгию
- астенические нарушения
- соматизированную депрессию
- тревогу предвосхищения

Одним из дифференциальных критериев является

- склонность к азартным играм
- сконцентрированность жалоб вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих
- профессиональная дискинезия
- расстройство половой идентификации

В лечении данного расстройства, кроме медикаментозного лечения, применяется

- физиотерапия
- фитотерапия
- озонотерапия
- психотерапия

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение

+ + препаратов

- ноотропных
- психотропных
- антигистаминовых
- антацидных

В качестве психотерапевтических методов для этого заболевания рекомендуется проведение

- экзистенциально-гуманистической психотерапии
- релаксационных методов
- многолетнего классического психоанализа
- арт-терапии с использованием произведений искусства

Проявления данного заболевания являются

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

На страх и дискомфорт во время совместной еды с однокурсниками, друзьями, родственниками, избегание посещения с ними мест общественного питания, семейных праздников, совместного приема пищи (например, походов в

студенческую столовую, кафе, общих мероприятий), страх, что может опрокинуть стакан, уронить столовые приборы, или кусок еды, пролить воду, поперхнуться, чавкнуть, что привлечет внимание окружающих, вызовет их насмешку или замечания в неаккуратности, неловкости, нарушении этикета. При попадании в такие ситуации или при ожидании попадания в них появляется тревога, сердцебиение, тошнота, потливость, тремор рук, спазмы, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания

Заболевание началось с подросткового возраста, когда друзья в кафе «затеяли игру» – стали «некрасиво есть – специально хрюкать, чавкать, облизывать тарелки, кидаться едой, официант и посетители за соседним столиком сделали замечания, после чего друзья вели себя еще более демонстративно и развязно в связи с чем администратор и охранник потребовали покинуть помещение, негативно высказались в адрес компании, угрожали вызвать полицию. С этого момента сформировалась описанная симптоматика, ограничительное поведение. Вегетативные симптомы и тревога появляются также в ситуациях, когда представляет себе триггерную ситуацию. Описанная симптоматика не возникает, если пациент принимает пищу один или дома с родителями. Однако, если собираются родственники на семейный праздник, находит предлог, чтобы уйти из дома или не садиться со всеми за стол. Вспоминает, что мама всегда ругала его и отца, если во время еды кто-либо чавкал, не аккуратно ел, «рыгал». В остальном общение со сверстниками, родными не нарушено. Справляется с бытовыми обязанностями и учебой.

Анамнез жизни

* хронический фарингит вне обострения * курит по 8-10 сигарет в день с 16 лет, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность отягощена алкоголизмом отца * по характеру сенситивный, нормативный, тревожный * в настоящее время учится в колледже на реставратора. * не женат, детей нет, проживает с родителями, отношения в родительской семье теплые, доверительные

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 177 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 122/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено. Тревожен, эмоционально-лабилен, нормативен. В беседе открыт, подробно отвечает на вопросы, описывает

триггерные ситуации, переживает, что не может преодолеть свои страхи. Критически относится к своим переживаниям, понимает их необоснованность и иррациональность. Легко говорит на отвлечённые темы, сообщает, что с интересом общается со сверстниками по учебе, имеет друзей, но не стремится с ними ходить в места общественного питания, отношения в коллективе характеризует как ровные. Фон настроения без снижения. Сон и аппетит достаточные.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Результаты обследования

Согласно стандарту первичной медико-санитарной помощи для определения диагноза целесообразна консультация (осмотр)

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Результаты обследования

Согласно стандарту первичной медико-социальной помощи в качестве инструментальных методов исследования целесообразно назначить

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Результаты обследования

По классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) диагноз можно определить как

- изолированной фобией
- преходящей фобией
- агорафобией
- диффузной фобией

Диагноз

У пациента мысли и ожидание, что он может попасть в триггерную ситуацию, формирует

- тревогу предвосхищения
- эндогенную депрессию
- патологическое фантазирование
- сексуальную дисфункцию

Характерным дифференциальным признаком является

- отсутствие генитальной реакции
- сконцентрированность жалоб вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих
- наличие конверсионных симптомов
- сезонность колебаний настроения

В лечении данного заболевания в качестве немедикаментозного метода лечения применяется

- электросон
- физиотерапия
- скандинавская ходьба
- психотерапия

В качестве медикаментозной терапии целесообразно назначение

+ _____ + препаратов

- ноотропных
- психотропных
- антибактериальных
- церебропротективных

Пациенту в рамках психотерапии целесообразно назначение

- релаксационных методов
- экзистенциально-гуманистической психотерапии
- арт-терапии с использованием произведений искусства
- холотропного дыхания

Проявления данного заболевания являются

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией
- преходящей фобией

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией
- преходящей фобией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет обратился амбулаторно к врачу-терапевту.

Жалобы

На страх, чувство стеснения мочиться в общественных местах (туалетах), переживания, что звуки («журчание мочи») будут услышаны окружающими и это привлечет внимание, что рядом мочащиеся в писсуар мужчины будут оценивать размер его полового члена. На фоне страхов потливость, сухость во рту, приливы жара-холода, неприятные ощущения в низу живота, затруднение мочеиспускания, тремор рук; старается не пользоваться общественными туалетами (в т.ч. в местах общественного питания, театрах, кино, музеях, на вокзалах, на работе), предпочитает закрываться в кабинке, но и там испытывает дискомфорт, ограничивает периодически себя в жидкости, если находится вне дома.

Анамнез заболевания

Заболевание началось с 4 года назад, когда во время мочеиспускания в общественном туалете, обратил внимание, что рядом стоящий у писсуара мужчина пристально смотрит на его член. Пациент занервничал, мужчина это увидел, засмеялся и цинично пошутил, используя ненормативную лексику. С

этого момента стал обращать внимание на случайных мужчин, в туалете, стесняться при них мочиться. С детства был стыдливым, нормативным, смущался из-за неловкости, в подростковом возрасте избегал разговоров с друзьями на сексуальные темы, в семье эта тема была табуирована, имеет очень ограниченные представления об анатомии, физиологии, физиологических проявлениях, многие темы считает неприличными. Испытывает смущение с лицами противоположного пола. Близких отношений с женщинами не было, сексуальной жизни никогда не вел. После появления описанных переживаний стал избегать пользования общественными уборными, если по крайней необходимости вынужден зайти в общественный туалет, выжидает, чтобы там никого больше не было, старается пользоваться кабинкой. Стал ограничивать себя в жидкости, если находится вне дома, чтобы не спровоцировать позывы. Дома спокойно пользуется туалетом, подобных переживаний не испытывает. На консультацию к психотерапевту обратился самостоятельно. Тревога, потливость, приливы жара-холода, дискомфорт в низу живота, тремор рук появляются даже тогда, когда пациент только предполагает, что ему придется воспользоваться общественным туалетом.

Анамнез жизни

* хронический фарингит вне обострения * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена * по характеру нормативный, сенситивный, стеснительный, тревожный * в настоящее время работает оператором в транспортной компании. * не женат, детей нет, проживает с родителями, отношения в родительской семье теплые, доверительные. О своей проблеме отцу рассказал 2 месяца назад, он посоветовал обратиться к психотерапевту

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 192 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 75 в 1 мин, АД 129/88 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных тенденций. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, мышление не нарушено. Тревожен, эмоционально-лабилен, сенситивен. В беседе несколько скован, смущается, когда рассказывает о своей проблеме, переживаниях. Затрудняется в подборе слов, на лице появляется румянец, дрожь в голосе, тремор рук. Критически относится к своим переживаниям, понимает их необоснованность и иррациональность, понимает, что так не должно быть. Немного успокаивается, когда узнает, что есть много людей с подобными переживаниями, что есть способы преодоления страхов.

Фон настроения неустойчивый, ситуативно обусловленный, без признаков эндогенности. Сон и аппетит достаточные.

Для верификации диагноза необходима консультация (осмотр)

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией
- преходящей фобией

Результаты обследования

Для верификации состояния целесообразна консультация (осмотр)

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией
- преходящей фобией

Результаты обследования

Для верификации состояния целесообразно провести

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией
- преходящей фобией

Результаты обследования

В качестве дополнительных методов исследования целесообразно провести

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией
- преходящей фобией

Результаты обследования

На основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра можно выставить диагноз

- агорафобией
- диффузной фобией
- изолированной фобией

- преходящей фобией

Диагноз

Представления о попадании в триггерную ситуацию у данного пациента вызывает

- индуцированный бред
- тревогу предвосхищения
- патологическое фантазирование
- сексуальную дисфункцию

Одним из дифференциальных критериев является

- повышенное половое влечение
- дисфория
- наличие органической патологии мочеполовой системы
- сконцентрированность жалоб вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих

В качестве основного нефармакологического метода при этом заболевании используется

- электрофорез
- психотерапия
- физиотерапия
- электросон

В рамках фармакотерапевтического лечения целесообразно применение + _____ + препаратов

- уросептических
- антибактериальных
- психотропных
- ноотропных

В качестве психотерапевтических методов для лечения этого заболевания рекомендуется проведение

- танц-терапии
- семейной психотерапии
- сексуального тренинга
- релаксационных методов

Избегание пользования общественными уборными является

- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания
- коморбидным заболеванием

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания
- коморбидным заболеванием

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет, первичное обращение.

Жалобы

На подавленность, нервозность, плаксивость, обидчивость, тревогу, навязчивые мысли о сложностях на работе, страх не справиться, отсутствие сил и желаний что-либо делать и общаться, снижение аппетита, снижение веса на 3 кг, боли в животе, отсутствие либидо.

Анамнез заболевания

Полгода назад пациентка сменила работу. И в настоящее время оказалась единственным сотрудником в отделе, без должного опыта, без помощи ведущих специалистов. Чувствует большую нагрузку, давление, каждый день просыпается с мыслью уволиться, но боится остаться без работы в условиях кризиса, стать обузой мужу, испытывает страх, что и муж может потерять работу. Должна дистанционно проводить обучение заказчиков работе с новыми программами. Боится опозориться перед заказчиками, подвести команду и компанию, не знать ответа на поставленный вопрос, «провалиться», быть уволенной. Понимает, что недостаточно компетентна, не хватает знаний и опыта, но из-за волнения не может сосредоточиться, выглядит неуверенно, «как будто я и правда ничего не знаю». Не может успокоиться, «постоянно на нервах», думает только о работе. Снизилось настроение, стала обидлива, плаксива. Пропало желание общаться с друзьями, читать, гулять, отдыхать. Отказывается проводить вечера и выходные с мужем, играть с ним в настольные игры, «ты не понимаешь, я не хочу и сил нет», что расстраивает супруга и уже вызывает конфликты. Считает себя никчемной, «тупой», постоянно сравнивает себя с коллегами, знакомыми, сделала вывод, что она

«неудачница». Снижился аппетит и либидо. Обратилась на консультацию к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственность спокойная. Родилась в срок, раннее развитие без особенностей. У родителей ранний брак, часто ссорились, скандалили, развелись, когда пациентка училась в ВУЗе. Отец не принимал участие в воспитании дочери, не интересовался ее жизнью. Мать всегда была заботлива, внимательна, «я не была обделена любовью», опекала и баловала единственную дочь. В школе училась отлично, чувствовала себя уверенно. Окончила НИУ ВШЭ, математический факультет, где уже с первых дней испытывала сложности в учебе, появилась неуверенность в себе, сразу поняла, что сделала неправильный выбор, но боялась уйти из ВУЗа. После поступления в ВУЗ снижился вес с 50 до 45 кг. Воспринимала учебу, как постоянный стресс. Работает, последние 6 мес. в консалтинговой компании, работа для пациентки новая и сложная. Замужем, детей нет. Отношения в семье хорошие. ЧМТ, аллергию на лекарственные препараты, вредные привычки-отрицает. Около 2-х лет принимает гормональные препараты, по назначению гинеколога, Дз: нарушение менструального цикла.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 165 см, вес – 52 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/85 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус: без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. Психический статус: во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно, о себе, своих переживаниях говорит откровенно, по-существу, сразу определяет свою главную проблему, как неуверенность в себе. Голос дрожит, на глазах наворачиваются слезы. Фон настроения снижен, мимика соответствует переживаниям, выражение лица печальное. Фиксирована на переживаниях, связанных с психотравмирующей рабочей ситуацией, не может переключить внимание, отвлечься, перестали интересовать прошлые увлечения, общение с мужем, друзьями. Называет себя «неудачницей», «тупой», хотя объективных причин для такой самокритики не находит. Испытывает чувство вины перед мужем, которому отказывает во внимании, ласке, общении, «а он меня любит, он страдает». Жалуется на отсутствие уверенности в себе, страх общения с коллегами и заказчиками, теряется, «не могу ответить, от страха все из головы

вылетает, я блюю, а потом понимаю, что знала ответ», «не могу подобрать слова». Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Отмечает снижение концентрации внимания, утомляемость. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет. Критика полная.

В соответствии с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- аггравацией
- диагностическим критерием
- проявлением урологического заболевания
- коморбидным заболеванием

Диагноз

Пациентка обратилась с запросом на формирование чувства уверенности в себе, навыков общения в коллективе и на лекциях. Психотерапевт порекомендует пациентке

- тренинг ассертивности
- семейную психотерапию
- тренинг сенситивности
- гипнотерапию

Угашение тревоги в данной методике происходит по механизму

- классического обусловливания
- реципрокного торможения
- избегания
- генерализации торможения

Первой задачей в обучении пациентки вести себя более уверенно является определение

- классического обусловливания
- реципрокного торможения
- избегания
- генерализации торможения

Дополнительная информация

Пациентка сообщила, что чаще демонстрирует уверенное поведение в компании друзей или с мужем, в прошлом в школе. в настоящее время её поведение неуверенное и периодически агрессивное по отношению к себе,

мужу и коллегам. она часто называет себя неудачницей и тупой, ругает себя за то, что долго не могла найти работу.

Второй задачей в обучении пациентки вести себя более уверенно может быть

- обучение глубокой мышечной релаксации
- составление иерархии тревожных стимулов
- коррекция нерациональных представлений и поведения
- коррекция психофармакотерапии

Пациентка боится ошибиться, не знать ответа на сложный для неё вопрос, растеряться во время проведения дистанционного обучающего занятия. На этапе «открытых глаз» пациент принимает право быть

- погруженным в себя
- тревожным и мнительным
- агрессивным и неуступчивым
- уверенным в себе

Методами тренинга асертивности являются

- установление конгруэнтности, вербализация, отражение эмоций, повторы, метафора
- интерпретация, анализ сопротивления и переноса, техника свободных ассоциаций, анализ сновидений
- ведение дневника автоматических мыслей, сократовский диалог, проверка гипотез, когнитивные эксперименты
- ролевая игра, поведенческие упражнения, тренинг _in vivo_ (домашние задания), инструкции, научение по моделям

Пациентка долго искала новую работу, т.к. избегала собеседований, не знала, как себя вести и что отвечать на вопросы, боялась «неудобных» вопросов.

Определенные социальные ситуации, как знакомство, собеседование тренируются в

- ролевой игре и в реальных условиях
- методиках БОС-тренинга
- тренинге креативности и творческих способностей
- тренинге личностного роста

Устраняя чувство неуверенности в себе, необходимо обучить клиентку альтернативным формам общения и тренировать

- требовательность, критичность, Ты-утверждения, комментируя поведение другого человека

- контроль дыхания, навыки релаксации и самовнушения
- ассертивные обороты речи, Я-утверждения, заготовки уверенных ответов
- не прямое общение, сдержанность в проявлении собственных эмоций

Пациентка теряет в рабочих ситуациях, когда на неё обращено внимание коллег или аудитории: «из головы всё вылетает, забываю слова». Для снижения напряжения и тревожности пациентку можно обучить

- релаксационным техникам
- методу наводнения
- рефлексивной технике
- технике повторов

Чтобы помочь пациентке сформировать новые мысленные установки, при оценке ситуаций, провоцирующих тревогу, ей можно предложить

+ _____ + терапию

- условно-рефлекторную
- семейную
- когнитивно-поведенческую
- аверсивную

Для профилактики социальных страхов пациентке можно порекомендовать

- условно-рефлекторную
- семейную
- когнитивно-поведенческую
- аверсивную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет, первичное обращение.

Жалобы

На отсутствие интереса к занятиям, трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям и сессии, конфликт с родителями из-за снижения успеваемости и лени, тревожность, чувство одиночества.

Анамнез заболевания

Считает, что с 6-7 классов был «сам по себе» в школе, «были свои интересы». В конфликты не вступал, держался обособленно. Не участвовал в общих мероприятиях, самостоятельно не проявлял инициативу, чтобы подружиться.

Периодически испытывал чувство грусти, завидовал, наблюдая игры одноклассников, их совместные поездки и дни рождения. Родители одобряли серьезное отношение к учебе, интерес к чтению, «нечего глупостями заниматься», «у тебя такие возможности», «золотая голова». Легко поступил в МГУ, на исторический факультет, появилась надежда, что «жизнь изменится». Но одногруппники не обращают на пациента особого внимания, взаимодействие строится только по учебным вопросам. Постепенно почувствовал, что пропадает мотивация к учебе, стал раздражительным и ленивым. Учится «по-инерции, на старых запасах». Появилась задолженность по учебе. Заставляет себя готовиться к сессии, испытывает трудности концентрации внимания, рассеян, отвлекается на компьютерные игры, много спит, не испытывает интереса к занятиям. Из-за чего дома начались регулярные конфликты с родителями, которые считают поведение пациента ленью, безответственностью. Обратился на консультацию к психотерапевту для решения проблем с учебой.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Родился в срок, раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, с подросткового возраста не складывались отношения с одноклассниками, была пара друзей, время в основном проводил дома, много читал, увлекался компьютерными играми. Школу окончил с медалью. Поступил в МГУ на исторический факультет, студент 3-го курса. Живет с родителями, родители-педагоги, всегда уделяли много внимания учебе, оценкам, мотивировали на поступление в МГУ, аспирантуру, научную деятельность. Отношения в семье ближе к формальным. ЧМТ, вредные привычки, аллергию на лекарственные препараты - отрицает.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 185 см, вес – 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/85 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. *Неврологический статус:* без признаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчив. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. *Психический статус:* Во всех видах ориентирован верно. Внешне опрятен. В беседу вступает не охотно. всю беседу сидит, не меняя позы. Напряжен, говорит кратко без подробностей, избегает длительного зрительного контакта, полностью характер своих переживаний не раскрывает, сообщает только о проблемах с учебой, страхе не

сдать сессию и быть отчисленным из ВУЗа. Неохотно признается, что испытывает чувство одиночества. О конфликте с родителями также говорит скупко: «дают, достают, на меня плевать». Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Периодически сжимает скулы, хмыкает, появляется презрительное выражение лица. Мышление последовательное, логическое. Речь грамотная. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Отмечает снижение концентрации внимания, рассеянность, погруженность в собственные мысли. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

На первой сессии клиенту была предложена клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса. Её основой является/являются

- гипнабельность пациента
- принцип субъективизации
- терапевтические отношения
- трансферентные отношения

К. Роджерс считал, что не терапевт, а + _____ + является экспертом самому себе

- заказчик
- клиент
- пациент
- супервизор

В ходе сессий

- заказчик
- клиент
- пациент
- супервизор

Дополнительная информация

На одной из сессий клиент говорил: К: «Я много думал со времени нашей последней встречи. Мы обсуждали мою учебу и отсутствие интереса к занятиям. Родители считают, что я просто ленюсь, должен заниматься и выкинуть «дурь из головы». Скоро сессия, а я ни на чем не могу сосредоточиться, не могу сдвинуться с места». + Т: «Вы бы хотели, но что-то мешает».

Терапевт использовал прием

- заказчик
- клиент
- пациент

- супервизор

Дополнительная информация

Продолжение беседы: К: «Да, это так. (грустно). Я чувствую себя одиноким. Я думал, что в вузе начнется студенческая жизнь, новые люди, друзья, общие интересы. Но отношения с сокурсниками как-то не складываются. Не знаю почему. Со мной разговаривают, только когда что-то нужно по учёбе. (пауза). Я интересуюсь историей и архитектурой, люблю ходить в музеи и на выставки, хорошо ориентируюсь, где в Москве интересные места для прогулок. У меня дома компьютер последней модели, у родителей большая библиотека». + Т: «Вам кажется удивительным, что они не обращают внимания на ваши достоинства». + К: «Да уж, не обращают. (повышает голос). Они меня не замечают! Им все равно пришел я или нет. Никто просто так не спросит: привет, как дела? (гневно). Может быть я для них недостаточно хорош?» + Т: «Похоже, вам хочется послать их куда подальше?» + К: «Ха! Я так все время и делаю. Игнорирую их! Не обращаю на них никакого внимания. Я пришел учиться, а не к ним в гости! (после длительной паузы). Так вы думаете все дело в этом? (задумчиво). В школе мне говорили, что я веду себя высокомерно... Может быть я просто боюсь выглядеть в чужих глазах глупым и неинтересным».

Работа терапевта в этом отрывке связана с + _____ + отражением смыслов клиента

- заказчик
- клиент
- пациент
- супервизор

Дополнительная информация

На сессии, в условиях безусловного положительного принятия, клиент разрешил себе узнать правду, которая раньше воспринималась как угрожающая. Высокомерное поведение клиента не соответствовало его представлениям о самом себе.

Опыт пациента не символизировался и являлся + _____ + Я-концепции

- конгруэнтным
- неконгруэнтным
- неконформным
- прегнантным

Информация об отстранено-высокомерном поведении отрицалась или искажалась. В терапевтических отношениях клиент смог разрешить себе взглянуть на реальность и осознать + _____ + характер своего поведения

- психотерапевтический
- зависимый
- защитный
- запретный

Эмпатическая поддержка терапевта привела к + _____ + защитного сопротивления клиента

- уменьшению
- отрицанию
- искажению
- усилению

Обязательным условием формирования адекватной Я-концепции является открытость

- переносу
- условиям ценности
- гештальту
- опыту

В исходе терапии Я-структура становится более гибкой, возрастает

- вероятность вторичной выгоды
- отстранённость, эмоциональная холодность
- конгруэнтность, открытость опыту
- зрелость психологических защит

В гуманистическом направлении психотерапии, невроз рассматривается, как результат невозможности

- идентификации
- интериоризации
- самооценки
- самоактуализации

В гуманистическом направлении психотерапии, клиент-центрированная терапия использует + _____ + подход

- идентификации
- интериоризации
- самооценки
- самоактуализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет, первичное обращение.

Жалобы

На подавленность, утрату прежних интересов, отсутствие сил и желаний что-то делать, убирать, общаться, трудности социального общения, выражении эмоций, склонность к самообвинению, самобичеванию, чувство вины, тревожность, страх отвержения, отсутствие личной жизни, склонность к заеданию, дневную сонливость, снижение памяти и концентрации внимания.

Анамнез заболевания

В 14 лет был период подавленности, не складывалось общение в школе. Не устраивала внешность, переживал из-за лишнего веса. Дома был «нянькой при сестре», не мог свободно распоряжаться свободным временем, никуда не ходил, мать поощряла такой образ жизни, т.к. сестра все время была под присмотром, сын тихий, послушный. Отец регулярно «орал по любому поводу». По окончании ВУЗа вновь появилась подавленность, ощущение утраты цели, тревога о будущем, самобичевание, повседневная тревожность, усилились проблемы социального общения, боялся начинать разговор, осуждения, отвержения. Не мог звонить, говорить прилюдно, выступать, проходить собеседования, вливаться в коллектив. Самочувствие постепенно ухудшалось, сложно переносил "взрослую жизнь", не было потребности что-то делать для себя, заставлял себя убирать, соблюдать гигиенические нормы, быстро пропадала мотивация, "сдуваюсь". Испытывает чувство вины за свою несостоятельность, отсутствие успехов и достижений, обесценивает свой труд, боится разоблачения и увольнения, считает, что ничего не знает. Личная жизнь отсутствует. Остро испытывает чувство одиночества, считает себя «никому не нужным». Не может выразить свои чувства, испытывает страх, замыкается. Давно хотел обратиться к специалисту, но не решался.

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Родился в срок, старшим ребенком в семье, сестра на 10 лет младше. Беременность матери: нормальная. Роды: естественные. Родители всегда ссорились, ругались, хотели развестись. Раннее развитие в соответствии с нормой. В раннем детском возрасте: снохождение. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. Был стеснительным, замкнутым. Свободное время в основном проводил дома, увлекался программированием. Отношения с родителями конфликтные, с сестрой формальные. Окончил школу с серебряной медалью,

ВУЗ с красным дипломом. Работает программистом, около года живет отдельно, самостоятельно, снимает квартиру. На работе появились друзья, свой круг общения. Личных отношений нет и никогда не было. ЧМТ, аллергию на лекарственные препараты, вредные привычки-отрицает.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 180 см, вес – 96 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/85 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус: без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчив. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. Психический статус: Во всех видах ориентирован верно. В беседу вступает охотно, о себе, своих переживаниях говорит откровенно, по-существу. В начале беседы напряжен, испытывает неловкость, крутит в руках часы, кольцо, ручку, постепенно расслабился, сел в удобной позе. Фон настроения снижен, лицо гипомимичное, выражение лица печальное. Голос тихий. О себе дает негативную характеристики: «жирный, тупой, ленивый», «все время ною», «никому не нужен», «так и умру в одиночестве». Жалуется на снижение интересов, утрату чувства удовольствия, энергии, повышенную утомляемость. Склонен к сомнениям, застреванию на проблемах, самобичеванию. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Когнитивные нарушения: умеренно выраженное снижение концентрации внимания и кратковременной памяти. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

В соответствии с критериями МКБ-10 пациенту следует выставить диагноз

- идентификации
- интериоризации
- самооценки
- самоактуализации

Диагноз

Дополнительная информация

Молодой человек сообщил, что ему не хватает понимания, участия, он чувствует стеснение и не может сформулировать правильно собственную проблему. Ему была предложена клиент-центрированная психотерапия.

Центральной гипотезой клиент-центрированной психотерапии является стремление личности к

- актуализации
- визуализации
- доминированию
- социализации

Во взаимоотношениях клиент-центрированный психотерапевт обеспечивает всем клиентам

- актуализации
- визуализации
- доминированию
- социализации

Дополнительная информация

Во время беседы терапевт обеспечивает возможность свободного проявления чувств, связанных с проблемой. Клиент рассказывал о своей семье и жаловался на отсутствие поддержки, любви родителей. К: «Мама была занята своими проблемами, часто жаловалась на отца. Отец в детстве нами мало интересовался. Мне не с кем было обсудить мои проблемы, сестра была совсем мелкая. Меня редко хвалили, я чувствовал себя не нужным. О нас мало заботились, я кусочничал, ел всякую сладкую дрянь».

Эти высказывания говорят о фрустрации потребности личности в

- стимулировании и высвобождении чувств
- стремлении найти цель и смысл жизни
- развитии творческих способностей
- положительной оценке значимым окружением

Компонентами роджерсовской психотехники являются

- стимулировании и высвобождении чувств
- стремлении найти цель и смысл жизни
- развитии творческих способностей
- положительной оценке значимым окружением

Дополнительная информация

На сессии клиент говорил, что когда думает о себе и своей жизни у него тяжело на душе. К: «Мне уже скоро 30. Я ничего не добился к этому возрасту. Я разочаровался в себе. У всех сверстников уже квартиры, машины, семьи, хорошие работы, а у меня что? Чужая квартира и куча загонов. Я ничего из себя

не представляю. Я ничего никогда не добьюсь» Т: «Вы чувствуете разочарование».

Терапевт использовал прием

- стимулировании и высвобождении чувств
- стремлении найти цель и смысл жизни
- развитии творческих способностей
- положительной оценке значимым окружением

Дополнительная информация

(Продолжение беседы) К: «Да! И я все время ною. Я уже задолбал всех своим нытьем. И друзей, и знакомых. Всех. О чем бы мы ни говорили, все сводится к тому, что я начинаю ныть на тему того, как мне плохо. И темы для нытья ведь не меняются. Я всем надоел с этим» Т: «Вы постоянно всем жалуетесь» К: «Жалуюсь, пристаю ко всем, мне критически не хватает тепла. Взять кого-то за руку, обнять перед сном, проснуться не одному, поговорить. Почему мне так не везет с этим? Неужели я так всю жизнь и буду один?» Т: «Кажется ваши высказывания говорят о том, что вы ждете сочувствия, внимания, тепла от друзей и знакомых»

Терапевт использовал прием

- стимулировании и высвобождении чувств
- стремлении найти цель и смысл жизни
- развитии творческих способностей
- положительной оценке значимым окружением

Дополнительная информация

На следующей сессии: К: «Я много думал после последней встречи и даже стал реже ныть. Ну, не так же все и плохо у меня, как я ною. Когда я ною, я чувствую себя в центре внимания, нужным! Мне сочувствуют, слушают, подбадривают. Но потом приходит страх, вдруг я всех так достал, что перестанут слушать, общаться, все отвернуться! Ужас! Тоска! Но ради того, чтобы почувствовать свою нужность, заботу обо мне, внимание, я рискую потерять всех друзей и знакомых! Другие же иначе ощущают человеческое тепло. Есть же и другой путь. Пока не знаю какой, но мне полегчало. Не ныть приятно».

В клиент-центрированной терапии приобретение опыта является + _____ + процессом

- поведенческим
- универсальным
- чувственным
- логическим

Клиент говорил: «Я - ничтожество, жирный, слабак». Эти утверждения относятся к

- поведенческим
- универсальным
- чувственным
- логическим

Дополнительная информация

Переживания собственной ущербности, жалости, никчемности конгруэнтно Я-концепции клиента. Чувство любви и принятия, внимание со стороны друзей, не сопровождающееся жалостью к клиенту, не соответствовало Я-концепции и отрицалось, как возможный опыт.

Таким образом возникла необходимость + + Я-концепции

- реорганизации
- интерпретации
- вербализации
- рационализации

Первоначально К.Роджерс назвал свой метод психотерапии

- недирективным
- гуманистическим
- экзистенциальным
- специализированным

Конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие составляют триаду

- недирективным
- гуманистическим
- экзистенциальным
- специализированным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет, первичное обращение.

Жалобы

Подавленность, тревожность, страх негативного оценивания, сложности в общении, в принятии решений, склонность к «самокопанию», избегание ответственности, склонность к перееданию.

Анамнез заболевания

Сообщает, что хотела обратиться за психологической помощью еще 10 лет назад, но боялась, что «отругают». До 20 лет жила под жестким контролем и гиперопекой со стороны матери, не научилась ставить себе цели, принимать самостоятельно решения, сложно что-то говорить, делать, сама не может объяснить себе, что она чувствует, что хочет, какую эмоцию испытывает, «я запуталась». Когда начала работать, появилась склонность к перееданию, с трудом справлялась с интенсивной нагрузкой, с общением в рабочем коллективе. Постепенно набрала вес с 80 кг до 103 кг. На работе чувствовала постоянное напряжение, усталость, выгорание. Зимой 2022г. появилось безразличие к работе и социальным контактам, усилилась тревожность и самобичевание, склонность к заеданию, повысился аппетит, испытывала сонливость, не было сил и желания работать. С помощью подруги сменила место работы на более комфортное, с меньшей нагрузкой, самочувствие улучшилось, снизилась тревожность, постепенно привыкла к новому месту работы, справляется с поставленными задачами, работа перестала вызывать напряжение, усталость, нормализовался сон. По рекомендации друзей решила обратиться на консультацию к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Родители в разводе с раннего детства пациентки, однако отец всегда присутствовал в жизни дочери, значимая фигура, сохраняются теплые отношения с отцом и родней по линии отца. Жила с мамой, которая всегда опекала и жестко контролировала. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, училась на «отлично». По характеру всегда была открытой, общительной, бесхитростной. Образование высшее, по специальности – графический дизайнер. Работает в издательстве. Живет с молодым человеком, детей нет. Соматические заболевания: хр. тонзиллит, хр. гайморит. ЧМТ и вредные привычки – отрицает. Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 175 см, вес – 103 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/85 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. *Неврологический статус:* без признаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. *Психический статус:* Во

всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно, о себе, страхах говорит откровенно, по-существу. Открыта, приветлива. В начале беседы несколько напряжена и напугана, постепенно расслабилась, стала эмоционально реагировать, жестикулировать. Голос дрожит, на глазах наворачиваются слезы. Настроение лабильное, мимика соответствует переживаниям, выражение лица печальное. Мышление последовательное, логическое, грамотная речь. Однако сначала затруднялась сформулировать свои жалобы, говорит, что не понимает, что «нравится лично ей», «как уговорить себя что-то делать», «подружить голову с телом», игнорирует свои телесные ощущения и образ. Сообщает, что привыкла подстраиваться под родителей, молодого человека, друзей и коллег, они «лучше знают», «боюсь конфликтов». Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Дополнительная информация

Клиентка говорила о потребности быть принятой, страхе перед приемом психотерапевта, представлением, что будут «отчитывать, учить», страхе не справиться. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия.

Клиент-центрированный подход в психотерапии был разработан

- А.Маслоу
- К.Роджерсом
- И.Яломом
- В.Франклом

К. Роджерс предложил шесть условий психотерапевтического процесса, основными из которых он считал

- конгруэнтность, эмпатию и безусловное принятие
- умение сосредоточиться и конфронтировать
- убеждение, поощрение и повторение
- сдержанность, нейтралитет и эмпатическую объективность

Желание клиентки понять, что «нравится лично ей», «подружить голову с телом», научиться мотивировать себя, ставить цели и их реализовывать, связаны с стремлением к

- социализации
- актуализации
- доминированию
- адаптации

Клиентка характеризует себя как инфантильную, открытую, отзывчивую, творческую личность, «странненькую», потерявшую «ключи от себя». Система представлений индивида о самом себе определяется как

- социализации
- актуализации
- доминированию
- адаптации

Дополнительная информация

Во время сеансов клиентка перестала испытывать неловкость, страх отвержения, свободно выражала свои чувства. Она отмечала, что в основном не понимает, что она чувствует, особенно, если чувства смешанные, сложные. В детстве её эмоции вызывали у мамы два варианта реагирования: «не ной» и «хочется-перехочется». Клиентка стремилась «не расстраивать маму, быть послушной девочкой».

Отрицание ценности собственных эмоций носит + _____ + характер

- защитный
- иррациональный
- трансферентный
- запретный

Роджерс предложил только два механизма защиты

- защитный
- иррациональный
- трансферентный
- запретный

Дополнительная информация

Клиентка осознала, что стремилась к одобрению со стороны матери и других значимых близких (молодого человека, отца, подруг), делилась своими планами, желаниями, так как хотела получить «разрешение на эмоции, чтобы мне подсказали, какие эмоции я должна испытывать». Если её планы, желания, высказывания подвергались критике, она чувствовала запрет на восприятие эмоций, осознание и включение эмоциональных переживаний в Я-концепцию.

В результате у пациентки наступил инсайт. Целью инсайта в личностно-центрированной терапии является

- самопонимание и самопринятие
- осознание собственного бессознательного

- интуитивное озарение
- избавление от симптома

На сессиях психотерапевт распознаёт, принимает и проясняет чувства клиента, используя в том числе и терапевтические методики. Основными компонентами роджерсовской психотехники являются

- интерпретация, анализ сопротивления и переноса, свободная ассоциация
- классическое и оперантное обусловливание, моделирование, социальное научение
- вербализация, отражение эмоций, молчаливое принятие
- сократовский диалог, проверка гипотез, когнитивный эксперименты

Клиентка осознала, что не нуждается в разрешении испытывать и осознавать принадлежащие ей эмоции и может ориентироваться на собственный опыт и ощущения, т.е. опираться на

- коллективное бессознательное
- идеальную Я-концепцию
- условия ценности
- организмический оценочный процесс

Клиент-центрированная терапия помогает

- понять собственный жизненный сценарий и освободиться от навязанных поведенческих программ
- развить конгруэнтность, самопринятие и личную ответственность
- осознать и выстроить гармоничные отношения со своими архетипами
- изменить негативное мышление и сформировать более адаптивные стереотипы поведения

В триаду Роджерса входят

- поле опыта, конгруэнтность, неконгруэнтность
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие
- организмическое оценивание, условия ценности, Я-концепция
- молчаливое принятие, вербализация, отражение эмоций

Способность точно воспринимать чувства других людей, сопереживать им и принимать, определяется как

- поле опыта, конгруэнтность, неконгруэнтность
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие
- организмическое оценивание, условия ценности, Я-концепция

- молчаливое принятие, вербализация, отражение эмоций

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет, повторное обращение.

Жалобы

На подавленность, плаксивость, утрату чувства радости, пессимистичное восприятие будущего, тревожность, отсутствие сил и энергии, бессонницу.

Анамнез заболевания

В 2018г. на фоне переезда в Москву, отсутствии общения, снизилось настроение, плакала, не радовалась новой квартире, не было желания заниматься домашними делами, создавать уют, начала часто болеть простудными заболеваниями, состояние длилось более 3-х мес, вышла из него самостоятельно, без лечения. После смерти отца в 2019г. вновь снизилось настроение, возникло чувство вины, переоценка отношений с отцом, стала тревожной, плаксивой, замкнутой, нарушился сон. Впервые обратилась к психиатру, врачу мужа, несколько дней принимала АД, название не помнит, самостоятельно прекратила прием АД из-за побочных эффектов. Принимала периодически феназепам, алкоголь по выходным, беседовала с подругой, занялась йогой. Через год состояние стабилизировалось. Повторно подобное состояние возникло около 2-х лет назад, когда ухудшилось соматическое состояние матери, перевезла ее в Москву, поселила в квартире в соседнем доме с сиделкой. Самостоятельно выполняла все медицинские назначения, инъекции, А через год у двоюродной сестры обнаружили опухоль мозга. Взяла на себя всю ответственность, пригласила сестру в Москву, быстро организовала консультации, был поставлен онкологический диагноз, проведена операция. После операции диагноз был снят, но сестра оказалась инвалидом, с правосторонним гемипарезом, афазией. Вынуждена была поселить ее вместе с матерью. Сестра всегда была одинокой, депрессивной, эмоционально выматывала пациентку. Пациентка считала себя ответственной за ее жизнь, обещала забрать в Москву и заботиться, что и произошло очень быстро. Так как сестры одногодки, то пациентка понимает, что придется многие годы нести эту ответственность. На фоне текущей ситуации, плюс хронической болезни супруга, почувствовала безысходность, «почему это произошло со мной», «как как я могла», «я потеряла свою жизнь». Обращалась к психиатру в 2021г., Дз: Депрессивный эпизод, был назначен Бринтеликс 20 мг с положительным эффектом, принимала антидепрессант год. В феврале 2022г. мать тяжело заболела, пациентка ожидала летального исхода, однако состояние

стабилизировалось. Испытывала амбивалентное чувство: радости и сожаления, «понимаю, когда они умрут, я буду свободна». Появилось чувство вины, самобичевание, плаксивость, «хочется лежать носом к стенке и никого не видеть», страх будущего, нарушился сон, снизился аппетит. Нет сил и желания куда-то ходить, прекратила посещать тренажерный зал, гулять с мужем. Не отвечала на звонки подруги. Заставляла себя ежедневно ходить «в ту квартиру», звонить матери. Самостоятельно принимала Бринтеликс 20 мг/сут - 2 мес. без эффекта, вновь обратилась на прием.

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Родилась в срок в полной семье. Отец не участвовал в воспитании дочери, был не склонен к самокопаниям, «жил, как хотел», но отношения всегда были хорошие. Умер в 2019г. Отношения между родителями были сложные, конфликтные, мать последние 30 лет страдает ревматоидным артритом, в настоящее время на попечении дочери. Семья проживала в Туле. Росла и развивалась не отставая от сверстников. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо и отлично. Образование высшее, по специальности – программист. Пенсионерка с 47 лет. В 2018г. переехала в Москву из-за работы супруга, в Москве нет круга общения. Замужем, муж страдает БАР много лет, долго не могли поставить диагноз, подобрать терапию, что осложняло жизнь и отношения в семье. Последние 10 лет муж нашел своего специалиста. Однако состояние не стабильное, часто уходит в депрессивные фазы. Сын 34 года, давно живет отдельно, в Сочи, отношения хорошие, но встречаются редко. По характеру считает себя интровертом, практичной, рациональной и уверенной в себе. Соматические заболевания: хр. гастрит. ЧМТ и вредные привычки – отрицает. Аллергический анамнез* - *не отягощен.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 175 см, вес – 70 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/85 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус: без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. Психический статус:* *Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно, о себе, переживаниях говорит откровенно: «жду, когда они умрут», «пытаюсь дотянуть до нормальной жизни». Голос дрожит, на глазах наворачиваются слезы. Фон настроения снижен, мимика соответствует переживаниям, выражение лица

печальное. Фиксирована на переживаниях, связанных с психотравмирующей личной ситуацией, не может переключить внимание, отвлечься, перестали интересоваться прошлые увлечения. Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Когнитивные нарушения: умеренно выраженное снижение концентрации внимания и кратковременной памяти. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет. Категорически отказалась от приема антидепрессанта, считает, что может принимать Эглонил и заниматься психотерапией. Имеет собственное мнение о ПФТ, регулярно самостоятельно начинает и прекращает прием препаратов.

В соответствии с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- поле опыта, конгруэнтность, неконгруэнтность
- конгруэнтность, эмпатия, безусловное принятие
- организмическое оценивание, условия ценности, Я-концепция
- молчаливое принятие, вербализация, отражение эмоций

Диагноз

Клиентка сообщила, что ей не хватает сочувствия и участия, «я не могу никому открыться». Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия. Клиентке было разъяснено, что суть данного метода заключается в

- создании соответствующего «психологического климата», терапевтических отношений
- быстром столкновении с пугающей ситуацией без предварительного обучения техникам релаксации
- анализе ранних детских воспоминаний и сновидений с точки зрения предсказаний, изучение семейной истории
- переводе бессознательного материала психики в область сознания и подчинении своим целям

Клиент-центрированная психотерапия концентрируется на

- жизненном сценарии
- опыте пациента
- анализе сновидений
- прошлом пациента

Клиентка считала себя «хорошей дочерью», внимательной, заботливой, терпеливой, которая любит и уважает родителей, не может испытывать негативные чувства и противоречить им. Это утверждение относится к

- жизненном сценарии
- опыте пациента
- анализе сновидений
- прошлом пациента

Дополнительная информация

Во время сеансов клиентка откровенно говорила о чувстве вины и долга, которые она всегда испытывала по отношению к матери, которая тяжело болела. Клиентка сразу выполняла любые пожелания матери, тратила много времени и сил, но потом понимала, что результат никому не нужен. К: «Это всегда было мучительно, но, меня так воспитали, мама так жила, думала только о других, о своей сестре, племяннице, всё время вмешивалась в их жизнь, конфликты, переживала. И мне внушала, что надо нести за всех ответственность».

Эти оценки жизни клиентки отражают

- жизненном сценарии
- опыте пациента
- анализе сновидений
- прошлом пациента

Дополнительная информация

На сессиях клиентка свободно выражала свои негативные эмоции: раздражение, злость, обиду на мать и сестру, на себя за свои действия, страх будущего, страх не справиться с ситуацией, не иметь материальных ресурсов на содержание сестры. Клиентка тяжело переживала, что испытывает такие яркие негативные эмоции, не хочет общаться и видеть родных людей, избегает их. К: «Я не должна так себя вести! Я-монстр! Я не должна их ненавидеть! Ждать их смерти». Агрессивные переживания не согласуются с я-концепцией пациентки.

При несоответствии опыта человека и его Я-концепции имеет место состояние + _____ + опыта и Я-концепции

- жизненном сценарии
- опыте пациента
- анализе сновидений
- прошлом пациента

Дополнительная информация

Клиент-центрированный терапевт стремится своими словами и действиями создать атмосферу, в которой человек мог бы осознать свои негативные чувства и принять их как часть самого себя, вместо того чтобы проецировать их на других или скрывать их с помощью защитных механизмов.

Психотерапевт принимает негативные чувства как

- жизненном сценарии
- опыте пациента
- анализе сновидений
- прошлом пациента

Дополнительная информация

Постепенно клиентка приняла свои негативные чувства и право их испытывать по отношению к близким, право не быть полностью вовлеченной в семейные проблемы. У неё появилось чувство жалости к матери, сострадания. Она делилась приятными семейными воспоминаниями, положительными эмоциями, часто с оттенком грусти.

Консультант признаёт и принимает выражаемые клиентом положительные чувства

- точно так же, как и отрицательные
- с явным одобрением и похвалой
- как внушение позитивных экспектаций
- с позиции «чистого экрана»

В ситуации, когда клиента не вынуждают защищаться от своих негативных чувств и не дают переоценить свои позитивные чувства спонтанно наступает

- точно так же, как и отрицательные
- с явным одобрением и похвалой
- как внушение позитивных экспектаций
- с позиции «чистого экрана»

Дополнительная информация

Клиентка говорила, что «хочет получить свою жизнь назад», не быть привязанной «к этой квартире», не решать постоянно проблемы сестры, «не давать отчёта где и что делаю, почему я не улыбаюсь», иметь возможность заниматься своими делами, ездить в отпуск с мужем, гостить у сына, продолжая по мере необходимости заботиться о родственниках.

С наступлением инсайта у клиентки начался процесс

- взаимодействия бессознательного терапевта с бессознательным пациента
- изменения негативного мышления и формирование более адаптивных стереотипов поведения
- определения возможных решений, выбора линии поведения
- освобождения от мышечных блоков и зажимов

Метод психотерапии, разработанный К.Роджерсом, первоначально обозначался как

- когнитивный
- поведенческий
- недирективный
- суппортивный

Свой метод психотерапии, К.Роджерс переименовал из недирективного в

- когнитивный
- поведенческий
- недирективный
- суппортивный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет, первичное обращение.

Жалобы

Боли в шеи, чувство обиды и несправедливости, навязчивые воспоминания и мысли о психотравмирующей ситуации, конфликт со свекровью.

Анамнез заболевания

Всегда жила в счастливом браке, привыкла, что супруг балует, любит. Не работала, посвящала свою жизнь детям, мужу, дому. Отвергала возможность измены мужа, не могла себе представить этого. «Я хорошая, я заслушиваю хорошего к себе отношения». Когда пациентке было 44 года, у мужа появилась любовница, которая очень активно стала уводить мужа из семьи. Свекровь не поддержала пациентку, сказала фразу: «отстань от него со своими детьми, она такая приятная женщина». Тяжело переживала измену мужа, унижение, «всю эту грязь». Супруги помирились через 3 месяца, но до сих пор не простила мужа и свекровь. Муж утверждал, что «был неадекватен и ничего не понимал». У пациентки сохраняются навязчивые размышления о психотравме, самобичевание, обида. Год назад свекровь переехала в семью пациентки, «я приехала на все готовое». Пациентка не хотела жить со свекровью, однако, когда муж спрашивал ее мнение, подумала, что не может ему отказать, т.к. тогда она будет «плохой женой и плохой невесткой». Присутствие свекрови раздражает пациентку, появились боли в шее, усилилось чувство обиды, «как ты, гад, мог так со мной поступить», не чувствует себя комфортно дома, избегает контактов со свекровью, прячется в своей комнате, негативно

воспринимает бытовые привычки свекрови, расценивает некоторые из них, как недоброжелательность по отношению к себе. Считает свекровь «неряхой и эгоисткой». Начала высказывать недовольство мужу, ссориться с ним. Из-за болей в шее год ходила по врачам, обследовалась, «я за всю жизнь не сдавала столько анализов и не обращалась к врачам, как за этот год». Был диагностирован шейный остеохондроз, все обследования в пределах возрастной нормы. Все интернисты рекомендовали обратиться к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Родилась в срок, единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась не отставая от сверстников. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, училась на «отлично», была примером, лучшей в классе. Всегда испытывала желание «быть хорошей и правильной». Мать была очень красивой и успешной женщиной, жесткой, требовательной к успехам дочери и ее внешнему виду. Отца считала «благородным человеком», восхищалась им, однако он бросил мать с онкологическим диагнозом, сразу после операции, прямо перед Новым годом. Отец заявил, что «имеет право на личное счастье, встретил другую женщину». Пациентке было тогда 20 лет, отец продолжил помогать ей материально, но мать запрещала общение, «он-предатель». Здоровьем бывшей супруги, семьей дочери никогда не интересовался. С 23 лет в браке, имеет троих детей. Не работала, домохозяйка. Муж материально обеспечивал семью, был привязан к супруге. Мать всегда помогала пациентке, занималась с детьми, «жила внуками». Между пациенткой и матерью сохранялась тесная эмоциональная связь, заботилась о ней, поддерживала все годы болезни. Свекровь же помогала очень редко, внуками интересовалась формально. Сопутствующие заболевания: дорсопатия шейно-грудного отдела. ЧМТ, аллергию на лекарственные препараты, вредные привычки-отрицает.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 165 см, вес – 73 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/80 мм рт. ст., Ps 75 в мин, над легкими дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и коорд. движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает.

Психический статус: Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает

охотно, о себе и своих переживаниях говорит откровенно, но повторяет одни и те же фразы. Ухожена, манерна и жеманна. Голос дрожит, на глазах наворачиваются слезы. Фон настроения несколько снижен, мимика соответствует переживаниям. Обращает внимание на реакцию психотерапевта на ее историю, личные переживания, ждет сочувствия и одобрения. Спрашивает: «вы меня понимаете? Представляете, что мне пришлось пережить? Я же права?» Фиксирована на переживаниях, связанных с психотравмирующей личной ситуацией, не может переключить внимание, отвлечься от обиды. Говорит, что не понимает, как «это могло со мной произойти, я же такая хорошая, жизнь посвятила семье, я – хороший человек и у меня все должно быть хорошо, это же не справедливо». С трудом переносит общество свекрови, старается негативно ее описать, ярко, в подробностях рисует ее облик, привычки, поведение в быту. Приводит массу примеров и доводов, почему она и внуки не любят бабушку. Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Пациентка ждет понимания, сочувствия и участия со стороны психотерапевта. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия, суть метода заключается в

- использовании приемов отвлечения или самоуспокоения, которые могли бы уменьшить неприятные ощущения
- создании соответствующего «психологического климата» терапевтических отношений
- обучении управлению собственными физиологическими процессами посредством их визуализации
- развитии навыков межличностного взаимодействия и асертивности

Клиент-центрированный психотерапевт во взаимоотношениях обеспечивает всем клиентам

- эмпатическую объективность, сдержанность и нейтралитет
- эмпатию, конгруэнтность и безусловное положительное принятие
- защиту от негативных переживаний
- одобрение и подкрепление позитивных переживаний

Основными понятиями клиент-центрированного подхода являются

- эмпатическую объективность, сдержанность и нейтралитет
- эмпатию, конгруэнтность и безусловное положительное принятие
- защиту от негативных переживаний

- одобрение и подкрепление позитивных переживаний

Дополнительная информация

Клиентка говорила, о том, что у неё была хорошая семья, любящий муж, достаток, подруги, принимающее окружение, т.к. Она сама была этого достойна. «Я же сама была хорошая!», «я - хорошая».

Эти утверждения относятся к

- полю опыта
- Я-концепции
- высшему Я
- организмическому оцениванию

Утверждение клиентки: «Если быть хорошей и все будут тобой довольны, то в жизни будешь заслуживать только хорошее», определяется как

- организмическое оценивание
- Я-концепция
- предвосприятие
- условия ценности

Мать клиентки поощряла её стремление нравиться окружающим, быть первой, примером в школе и жизни, безусловно выглядеть, быть послушной, «не дерзить» и не конфликтовать. Клиентка всегда старалась угодить матери, что отражает потребность личности в

- стимулировании и высвобождении чувств
- развитии своих оптимальных способностей
- стремлении найти цель и смысл жизни
- положительной оценке значимым окружением

Основными компонентами роджерсовской психотехники являются

- стимулировании и высвобождении чувств
- развитии своих оптимальных способностей
- стремлении найти цель и смысл жизни
- положительной оценке значимым окружением

Дополнительная информация

На сессии клиентка неоднократно повторяла вопрос: «Как он мог так со мной поступить?» К: «Я же была хорошей. Я всегда с ним соглашалась. Я нравилась всем его компаньонам и коллегам. Мои подруги мной восхищались. Мы хорошо жили, он носил меня на руках!» П: «Вы были хорошей, все делали

правильно и удивлены результатом» К: «Очень! Как такое могло случиться в моей жизни? Это же не справедливо! Со мной так не могло произойти».

Терапевт использовал прием

- вербализация
- молчаливое принятие
- визуализация
- катастрофизация

Семейный кризис, как жизненный опыт клиентки не согласуется с её представлениями о себе. Опыт клиентки являлся + _____ + по отношению к Я-концепции

- вербализация
- молчаливое принятие
- визуализация
- катастрофизация

Дополнительная информация

Клиентка честно призналась, что сразу могла отказать мужу, когда он поднял вопрос о переезде свекрови в их дом и понимала, что ее длительное присутствие будет создавать почву для семейных конфликтов. К: «Я подумала, что тогда перестану быть «хорошей невесткой», муж и свекровь могут обидеться. Я буду не права. Сейчас знакомые говорят, какая я хорошая невестка, всё терплю, все для нее делаю, она же ничем не помогает, живет на всем готовом, она у нас расцвела. Но мне от этого не легче».

Согласие клиентки с желанием супруга и одобрение знакомых _____ Я-концепции

- конгруэнтно
- иррационально
- конформно
- неконгруэнтно

Клиент-центрированный подход в психотерапии был разработан

- В.Франклом
- И.Яломом
- К.Роджерсом
- А.Маслоу

Гештальт-терапия, метод разработанный

- В.Франклом

- И.Яломом
- К.Роджерсом
- А.Маслоу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет, ранее обращалась к психиатру, психологу.

Жалобы

Пониженный фон настроения, нервозность, тревожность, скрежет зубами, отсутствие сил и желания что-либо делать, утрату прежних интересов, сонливость, снижение концентрации внимания и памяти, склонность к заеданию, ощущение дистанцированности от собственной жизни.

Анамнез заболевания

Около 10 лет находилась в абьюзивных личных отношениях, отношения были яркие, эмоциональные, однако молодой человек сразу заявил, что не планирует брак с пациенткой, при этом был требователен к ее внешнему виду и поведению, часто унижал, сравнивал с другими девушками, ухаживал за ними в присутствии пациентки, восхищался, регулярно изменял пациентке, прекращал отношения, потом вновь возобновлял их, когда ему это было удобно.

Пациентка ждала, когда её вновь позовут, каждый раз надеялась, что в этот раз «все будет по-другому», оценят её любовь и преданность. 2 г назад отношения закончились, что совпало с проблемами на работе, на этом фоне нарушился сон, была тревожна, плаксива, подавлена, ажитирована, не могла водить машину, резко ухудшилась кратковременная память и концентрация внимания. Обратилась к психиатру, была назначена Элицея и курс ноотропов, с положительным эффектом. Через год повторно обратилась к психиатру с запросом на прекращение терапии. Сообщает, что «проработала проблему с психологом», однако до настоящего времени испытывает болезненную привязанность, надежду, боль. Около 2-х лет жила с другим молодым человеком, отношения хорошие, но «эмоционально не вовлекалась, просто подстраивалась, было удобно», продолжала предаваться воспоминаниям, обвинять себя. Мало внимания уделяла внешности, повысился аппетит, тяга к сладостям, поправилась на 10 кг. Прекратила занятия музыкой, хотя увлекалась вокалом и мечтала участвовать в проекте «Голос». Редко неформально общалась с коллегами и друзьями, «сливалась». Постоянно переживала из-за работы, нуждалась в поддержке и помощи, особенно после повышения в должности. Появился ночной скрежет зубами, по рекомендации стоматолога применяла капу. Три месяца назад прекратила отношения по собственной

инициативе, что вызвало усиление тревожности, страх будущего, одиночества, плаксивость и подавленность, вновь обратилась на консультацию.

Принимаемые препараты: Элицея 10 мг. Лекарственная непереносимость: пенициллин, ампициллин. Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит, весенний поллиноз.

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Родилась в срок. Роды естественные. Единственный ребенок в семье. Раннее развитие в соответствии с нормой. Семья родителей полная; отношения пациентки с родителями теплые. С детства страдала заболеванием почек, была опекаема матерью, которая строго следила за одеждой, питанием дочери, ограждала от домашних дел. Отец – музыкант, был погружен в творчество, чтобы заслужить внимание отца и проводить с ним больше времени, пациентка поступила в музыкальную школу, стала увлекаться футболом. Детский сад не посещала, в школу пошла в 7 лет, училась отлично. В 8 лет смена школы и переезд в Москву, в новом классе не смогла адаптироваться, была не уверена в себе, старалась «быть незаметной», из активного ребенка превратилась в "серую мышку". В ВУЗе влюбилась, 10 лет находилась в абьюзивных личных отношениях. Образование высшее. Работает менеджер проектов на телевидении. На работе переживает постоянно и "из-за всего", испытывает страх ошибки, не справиться с задачей, получила повышение и свою команду, не считает себя компетентной для руководства коллегами. В настоящее время живет одна, самостоятельно, снимает квартиру. Перенесенные инфекционные заболевания: в мае 2021г. перенесла Ковид-19. Оперативные вмешательства: в 2010 и 2012г. - урологические операции. ЧМТ, аллергию на лекарственные препараты, вредные привычки - отрицает.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 175 см, вес – 80 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/75 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус: без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. Психический статус*: *Во всех видах ориентирована верно. Сотрудничество во время обследования полное. Внешний вид опрятный. В основном одевается в черные, свободные, мешковатые вещи. Поведение адекватное. В беседу вступает охотно, о себе и своих переживаниях говорит откровенно, признается, что продолжает

наблюдать в соцсетях за жизнью бывшего молодого человека, который успешен в карьере, женился, его супруга ждет ребенка. Начала задумываться о том, что сама она ничего не добилась, потеряла 10 лет, одинока, тоскует, жалеет себя. Старается постоянно думать о работе, "чтобы не думать ни о чем другом", испытывает выраженную неуверенность в себе, считает себя неинтересной, глупой, бесполезной, некрасивой. Голос тихий, мягкий, хорошо модулирован. Мимика соответствует переживаниям, на глазах периодически наворачиваются слезы. Жалуется на увеличение аппетита и веса, склонность к заеданию, повышенную потребность в углеводах. Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Клиентка говорила, что нуждается в понимании, участии, не может сформулировать правильно собственную проблему. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия. Основой клиент-центрированной терапии являются + отношения

- взаимовыгодные
- авторитарные
- трансферентные
- терапевтические

Клиентке было разъяснено, что суть данного метода заключается в

- создании соответствующего «психологического климата», терапевтических отношений
- чередовании состояний релаксации и визуализации элементов иерархии
- избегании пугающей ситуации посредством воображения или посторонней активной деятельности
- опознавании иррациональных установок, конфронтации с ними, их пересмотре и закреплении рациональных установок

Основными понятиями клиент-центрированного подхода являются

- создании соответствующего «психологического климата», терапевтических отношений
- чередовании состояний релаксации и визуализации элементов иерархии
- избегании пугающей ситуации посредством воображения или посторонней активной деятельности
- опознавании иррациональных установок, конфронтации с ними, их пересмотре и закреплении рациональных установок

Дополнительная информация

Во время сеансов клиентка откровенно говорила: «Я привыкла быть послушной, мама все за меня решала, все делала, все контролировала. И сейчас, когда я начала жить самостоятельно, она постоянно звонит и спрашивает, что я одела, взяла ли шапку, что я поела, когда я буду дома, где я, с кем я? Мечтает выдать меня замуж за надежного мужчину, чтобы она не беспокоилась. А меня это так раздражает, я не хочу брать трубку, ссорюсь с ней. Я поняла, что не могу больше жить с родителями и с мужчиной пока не готова, поэтому решила снять квартиру. Мне страшно, в бытовом плане и материально трудно, не привыкла заботиться о себе, но уже большое желание что-то изменить в жизни».

Это высказывание отражает стремление личности к

- ассертивности
- социализации
- актуализации
- идеализации

Клиент-центрированная психотерапия концентрируется на

- опыте пациента
- симптомах пациента
- прошлом пациента
- решении проблемы

Клиентка считает себя «маленькой девочкой». Это высказывание относится к

- опыте пациента
- симптомах пациента
- прошлом пациента
- решении проблемы

Дополнительная информация

Относительно взаимоотношений с мужчинами она рассуждает: «Я не знаю, что я могу дать мужчине, чем могу быть ему интересна, зачем я ему. Поэтому я стараюсь подстраиваться, молчу о том, что меня не устраивает или о своих желаниях».

Высказывания и поведение клиентки являются _____ её Я концепции

- неконгруэнтным
- конформным
- неадекватным
- конгруэнтным

Утверждение клиентки: «Нужно уступать, подстраиваться, чтобы быть нужной и не остаться одной», отражает

- неконгруэнтным
- конформным
- неадекватным
- конгруэнтным

Дополнительная информация

Клиентка провела выходной день с матерью. На сеансе она поделилась своими переживаниями. К: «Мама вела себя как обычно, все тот же контроль, те же вопросы, убеждала меня жить с ними, искать мужа. Я очень разозлилась на неё, пыталась что-то доказать, объяснить, что мне скоро 30 лет и я имею права сама решать, что для меня в приоритете. Но она меня не слышит. Невозможно с ней разговаривать». (Пауза. Пациентка замолчала, на глазах навернулись слезы. Постаралась справиться с волнением.) К: (с удивлением): «Подождите, я вдруг подумала, а как я сама могла допустить, что мама меня не слышит и не считается с моими потребностями? Я привыкла обвинять её, но ведь я сама виновата! Как я могла это допустить? Я же ей позволила так считать! Меня же устраивало раньше, что ничего решать и делать не надо, что она меня опекает! Что я теперь от неё хочу? Мне даже легче стало! Я переживала, что злюсь на неё! Старалась приходить домой поздно и не общаться». Т: «Вы многое поняли и испытали облегчение» К: «Да! А может быть и мужчины меня не замечали, не развивали отношения, потому что я и с ними также себя веду? Сама позволяю им решать за меня, умалчиваю о своих настоящих желаниях, а только жду и надеюсь или фантазирую. В моих мечтах мы всегда счастливы, у нас свой дом, дети, мы вместе проводим время, много путешествуем. Но в реальности я молчу и стараюсь быть удобной, они, как и мама не видят во мне женщину». Клиентка осознала и приняла чувство обиды и раздражение, связанное с давлением матери, которые в последствии связала с паттерном поведения и чувствами разочарования, обиды, крушении надежд, возникающих в личных отношениях.

В результате у клиентки наступил инсайт. Целью инсайта в личностно-центрированной терапии является

- неконгруэнтным
- конформным
- неадекватным
- конгруэнтным

Дополнительная информация

На следующих сессиях клиентка чаще стала рассуждать о своих желаниях и

потребностях, увлечениях. Начала кататься на роликах, возобновила уроки вокала. Попробовала изменить стиль одежды, прослушала лекции стилиста. Её мать не одобряла хобби дочери, считая их опасным или бесполезным. К: «Я чувствую, что оживаю, это моё! Наконец-то я учусь что-то делать для себя, не жду одобрения, когда я пою или катаюсь, я чувствую свободу, легкость! Это такое счастье!»

Это утверждение отражает

- Я-концепцию
- условия ценности
- организмическое оценивание
- архетип-самость

Для формирования чувства уверенности в себе, навыков общения в коллективе, психотерапевт может рекомендовать клиентке

- тренинг сенситивности
- импловзивную терапию
- тренинг ассертивности
- аверсивную терапию

К методам тренинга ассертивности относятся

- тренинг сенситивности
- импловзивную терапию
- тренинг ассертивности
- аверсивную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет, первичное обращение.

Жалобы

На трудности общения, раздражительность, вспышки агрессии, чувство одиночества, частые просыпания.

Анамнез заболевания

В 2014 г. после смерти бабушки в течении года «ничего не чувствовал», ничего не делал, уволился с работы, испортил со всеми отношения, был конфликтен, отрастил длинные волосы, «засел дома». За помощью не обращался. Через год состояние стабилизировалось, занялся спортом, поменял работу, «начал себя вытаскивать». В настоящее время активных жалоб не предъявляет, считает себя

здоровым и успешным, обратился с запросом на изменение своего отношения и поведения с коллегами, т.к. осознал, что неконструктивен, резок и груб с подчиненными, его стиль общения вызывает в коллективе негативные реакции. Понимает, что тактика давления на людей, требовательность не мотивируют сотрудников. Знает, что должен сдерживать свое раздражение, хвалить сотрудников, но не понимает как и зачем, «почему я должен их хвалить, да что за бред!» В связи с чем решил обратиться к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственность нервно-психическими заболеваниями отягощена по материнской линии, дедушка обладал «бурным нравом», часто дрался, бил жену, стрелял в неё, злоупотреблял алкоголем. Родного отца не знает. Воспитывался бабушкой и её вторым мужем. Мать всегда работала, с сыном была холодна. Бабушка занимала руководящие посты, была требовательной, не терпела слез, проявлений слабости, любимая фраза: «не распускай сопли, иди и делай». Дедушка внука любил, был мягким, принимающим, эрудированным человеком. Доминантную роль в семье играла бабушка. После смерти бабушки и дедушки отношения с матерью не сложились. Мать считает «потерянной, никакой», испытывает чувство превосходства над ней, «она не в поле моего интереса». Рос и развивался, не отставая от сверстников. До 10 лет – энурез. В школу пошёл с 7 лет, учился отлично. Образование высшее, работал в банке 8 лет, затем в Росгосстрахе, всегда был успешен, занимал руководящие должности, при переходе на новое место работы терял интерес к прежнему коллективу, не поддерживал общение. С 20 лет живет отдельно, в настоящее время один в собственной квартире. С девушкой прожил 4 г, затем решил, что «перерос отношения». Есть круг знакомых, с которыми в основном объединяет увлечение спортом или работа. Занимается боксом, дайвингом. ЧМТ и вредные привычки – отрицает. Аллергический анамнез - не отягощен.

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 192 см, вес – 76 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. *Неврологический статус:* без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчив. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. *Психический статус:* Во всех видах ориентирован верно. Внешне выглядит опрятно, аккуратен, подтянут. В беседу вступает охотно, откровенно говорит об отсутствии теплых чувств к материи. При воспоминаниях о бабушке и дедушке голос дрожит, на

глазах наворачиваются слезы. Демонстрируя стиль общения с коллегами, становится напористым, резким, откровенно грубым, повышает голос, говорит в приказном тоне, мимика мгновенно меняется, лицо принимает жесткое выражение. Коллег в целом считает «безалаберными», не понимает «зачем они живут?», если не стремятся к достижениям и карьерному росту. С врачом держится подчеркнуто вежливо, корректно, соблюдает дистанцию. Фон настроения несколько снижен, признается, что после работы страдает от одиночества, «потерял ориентиры и цели в жизни», материально обеспечен, успешен в карьере, начал задумываться: «что дальше?». Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Дополнительная информация

Клиент обратился с запросом на изменение стиля коммуникации с коллективом, раздражительность, гневливость. В процессе беседы он также пожаловался на чувство одиночества, травматический опыт в детстве, поиск смыслов и жизненных ориентиров. Ему была предложена клиент-центрированная психотерапия.

С точки зрения клиент-центрированного подхода человек

- практически полностью лишен свободы воли, внешние обстоятельства детерминируют его поведение
- конструктивен и обладает врожденным стремлением к развитию и самоактуализации
- добивается внимания и стремится вызвать заботливое отношение со стороны других людей
- обучается новому поведению на основании собственного прямого опыта и за счет процессов моделирования

К основным понятиям клиент-центрированного подхода относятся

- практически полностью лишен свободы воли, внешние обстоятельства детерминируют его поведение
- конструктивен и обладает врожденным стремлением к развитию и самоактуализации
- добивается внимания и стремится вызвать заботливое отношение со стороны других людей
- обучается новому поведению на основании собственного прямого опыта и за счет процессов моделирования

Дополнительная информация

Клиента удивил такой взгляд на природу человека. Он грустно сообщил, что

привык к другому отношению. Мать раздражало проявление ласки, желание сына прижаться, обнять её, поделиться своими проблемами, посоветоваться. Обычно она отталкивала сына, отвечала: «Я ничего в этом не понимаю, решай сам». Бабушка запрещала любые проявления слабости: «Не ной, иди и делай, сопли не развешивай». Дедушка любил бабушку, заботился о ней, и для клиента она тоже всегда была кумиром. Он стремился получить одобрение бабушки и избегал материнского равнодушия.

Утверждения: «Ты не имеешь права быть слабым, иначе никому не будешь нужен», «Все решай сам», «помощь нужна только слабакам», «Твои проблемы никому не интересны и не надо никого ими грузить», определяют как

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- архетип-Самость

Клиент говорит о себе: «Я-взрослый, сильный, самостоятельный, целеустремленный». Это высказывание относится к

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- архетип-Самость

Дополнительная информация

Клиента раздражают жалобы коллег, обращение за помощью, сложности, возникающие у них при выполнении заданий, вопросы, непонимание. К: «Я не понимаю, зачем они всё это говорят, почему они вообще думают, что мне это может быть интересно? Почему я должен их хвалить или поддерживать? Это же бред! Детский сад! Иди и делай!»

Проявление слабости, обращение за поддержкой и помощью не признаются сознанием клиента, т.к. по отношению к Я-концепции являются

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- архетип-Самость

Дополнительная информация

(Продолжение беседы) К: «Я не понимаю, зачем они всё это говорят, почему они вообще думают, что мне это может быть интересно? Почему я должен их хвалить или поддерживать? Это же бред! Детский сад! Иди и делай!» Т: «Вам

сложно это понять» К: «Да! Сложно, в голове не укладывается. Это так раздражает, хочется наорать, я конечно, себя сдерживаю, понимаю, что это пугает людей, только разгону команду и останусь один, я уже это проходил, мог по 3 человека за день уволить» Т: «Удивление вызывает у вас бурю эмоций» К: «Да, похоже! (задумался, после размышлений) А мне казалось, что я так злюсь, потому что коллеги тупят или ведут себя, как слабаки».

Клиент решил обращать внимание на ситуации, в которых он испытывает удивление, и отметил, что новый опыт вызывает у него интерес, а не раздражение и гнев. Клиент-центрированный терапевт помог клиенту

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- архетип-Самость

Дополнительная информация

Клиент сообщил, что по его наблюдениям чувство удивления возникало у него не только при общении с коллегами, но и при наблюдении за общением в семьях, между супругами, с детьми, когда девушки в разговорах, выражали сочувствие, жалели кого-то. К: «Я думаю, что люди начинают как-то по-детски рассуждать, когда кого-то жалеют, сочувствуют. Все же понятно, ставишь цели и идешь, конечно за дверь оставляешь сентименты. Взрослый человек должен это понимать. (Пауза) Детям, конечно, можно думать по-другому. Мне вообще нравится играть с детьми, я могу в гостях весь вечер с детьми возиться, они меня совсем не раздражают, наоборот интересно. Я потом скучаю» (на глазах наворачиваются слёзы). «Я тоже хочу побыть ребенком, стать живым, непосредственным, доверчивым, дурачиться, радоваться».

Это утверждение отражает

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- архетип-Самость

Дополнительная информация

Позже клиент сообщил, что позволил себе смотреть мультики и детские фильмы, которые любил в детстве, а «потом забыл об этом». При этом он искренне радуется, смеётся и не испытывает страх и стыд. У него возникает желание плакать, которому он не сопротивляется, слезы приносят клиенту чувство облегчения, «потом сплю, как младенец». В процессе терапии клиент интегрировал в я-структуры чувства и опыт, связанный с возможностью почувствовать себя ребенком, проявлять слабость, делать что-то

«нерациональное», жалеть себя. И реорганизовал прежний опыт: «В детстве, когда я мог быть маленьким мальчиком, я очень постарался, чтобы быстрее стать взрослым и сильным, добиться успеха, независимости, но при этом я упустил что-то важное. Оказывается, то, к чему я шёл, не так уж мне и нужно. Я могу себе позволить быть не таким взрослым, сильным и целеустремленным!»

В процессе терапии произошла + + Я-концепции

- условия ценности
- идеальная Я-концепция
- организмическое оценивание
- архетип-Самость

Дополнительная информация

На следующем этапе терапии клиенту было предложено рассмотреть принцип лидерства с точки зрения клиент-центрированной терапии. Где функция лидера заключается в создании определенных условий, необходимых для раскрытия потенциала и способностей всех членов группы.

Основой принципа является стремление к

- доминированию
- социализации
- актуализации
- поощрению

Клиент-центрированный терапевт помог клиенту

- развить навыки релаксации и самовнушения
- развить конгруэнтность, самопринятие и личную ответственность
- повысить уровень поведенческой компетенции клиента
- тренировать ассертивные обороты речи, Я-утверждения, заготовки уверенных ответов

Психотерапевт может порекомендовать клиенту групповую психотерапию.

Метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании

- аутогенной тренировки
- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления
- групповой динамики

К.Роджерс придавал большое значения групповым формам, считая, что психотерапевт в них является для участников

- аутогенной тренировки

- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления
- групповой динамики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет, первичное обращение.

Жалобы

Подавленность, отсутствие "яркости жизни", утомляемость, тревожность, дневную сонливость, отсутствие сил и желания что-либо делать, раздражительность, склонность к заеданию.

Анамнез заболевания

С ВУЗа переживала, что нет молодого человека, «никому не нужна». С 5 курса ВУЗа узнала о предположительном Дз: Двурогая матка. Появился страх не иметь детей, «такая дефектная точно никому не нужна». Постоянно об этом думала, сравнивала себя с другими девушками и сестрами, у которых есть молодые люди. Болезненно воспринимала новости о свадьбах, рождении детей у знакомых, коллег, бывших одноклассницах, переживала из-за романтических фотографий в соцсетях. В январе 2022г. на фоне психотравмирующей ситуации на работе появилась подавленность, плаксивость, высокое эмоциональное напряжение, страх не справиться, исчезло ощущение радости в жизни, появилась дневная выраженная сонливость, утомляемость, плаксивость. Стала очень обидчивой, конфликтной. Появилось желание «забиться под одеяло и ни с кем не общаться», не хотелось отвечать на звонки, встречаться с семьёй и подругой, забросила вышивку. Самостоятельно обратилась на прием с запросом на психотерапевтическую работу.

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Суициды в семье не выявлены. Наследственная отягощенность по соматическим заболеваниям не выявлена. Родилась в срок от нормально протекавшей беременности. Пациентка старший ребенок в многодетной семье, есть брат и сестры-близнецы. Отношения пациентки с родителями нормальные, однако считает, что «ее любят меньше всех», семья от нее дистанцируется, отношения с сестрами конфликтные. Раннее развитие: без особенностей. Детский сад не посещала, занималась дома с матерью. Закончила школу с золотой медалью. В школе из-за избыточного веса подвергалась издевательствам, подруг не было. С 7 класса начала заниматься спортом, соблюдать диету и к 11 классу весила 50 кг. После школы хотела получить

профессию психолога, однако отец заставил пациентку поступить в школу полиции и строить карьеру в полиции, т.к. сам служит офицером полиции. Учеба и работа пациентки никогда не нравилась. Отношения на работе напряженные. Заочно получила диплом психолога, но семья ее не поддержала, «из тебя психолог, как из меня балерина». Около года живет самостоятельно, в собственной квартире. Имеет 1 близкую подругу, доверительные отношения с родственницей. Романтических отношений никогда не было. Принимаемые препараты: Эутирокс 50 мг. Лекарственная непереносимость: Роджестан. Аллергические реакции: отрицает. Сопутствующие соматические заболевания: Гипертиреоз с 2020г., аденома гипофиза в 2020г., двурогая матка? ЧМТ и вредные привычки отрицает

Объективный статус

Соматический статус: Рост – 165 см, вес – 53 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/85 мм рт. ст., Ps 80, Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. ***Неврологический статус:*** без знаков грубой очаговой патологии. Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. ***Психический статус:*** Во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно, о себе, страхах говорит откровенно, по-существу. Внешний вид опрятный. Поведение адекватное. Напряжена, тревожна, сидит не меняя позы, не расслабляется, внимательно наблюдает за реакцией врача на ее слова. Речь несколько ускоренная, с эмоциональным напором. Утверждает, что «никому не нужна», ее только хотят использовать, в основном говорит об окружающих в обвинительном тоне, обижена на родных. Коллеги вызывают раздражение. Жалуется, что ее никто не поддерживает, близкие дистанцируются. Но менять что-то в своей жизни боится. Фон настроения несколько снижен, мимика соответствует переживаниям. Испытывает страх: не иметь семьи и детей, родить больного ребенка. Фиксирована на своих переживаниях. Мышление со склонностью к застреванию. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

В соответствии с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- аутогенной тренировки
- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления

- групповой динамики

Диагноз

Клиентка сообщила, что ей не хватает понимания, сочувствия и участия. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия. Суть метода заключается в

- аутогенной тренировки
- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления
- групповой динамики

Дополнительная информация

Клиентка на сессиях часто повторяет: «Я - дефектная», «никому не нужная, с браком», «уродка». Также она характеризует себя, как ответственную, серьезную, честную, трудолюбивую.

Система представлений индивида о самом себе определяется как

- аутогенной тренировки
- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления
- групповой динамики

Дополнительная информация

Постепенно клиентка стала свободно выражать свои чувства. К: «Мне так себя жалко, у всех были или есть парни, а у меня никогда никого не было, у сестёр ребята, у брата есть девушка. А меня никто не любил». Т: «Вы себя жалеете» К: «Конечно! Я же дефектная». Чувство жалости к себе согласуется с я-концепцией пациентки.

Соответствие опыта человека и его представлений о самом себе К.Роджерс определял как

- аутогенной тренировки
- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления
- групповой динамики

Дополнительная информация

(Продолжение беседы) Т: «Вы никогда ни с кем не встречались, и ребята не проявляли к вам интереса». К: «Да! Никогда» (пауза) «Нет, ну не то, чтобы никто не пытался ухаживать, в группе и на работе было пару раз, и сейчас один пишет и с праздниками поздравляет, цветы дарит, конфеты, игрушки». Т: «Вы

нравились и нравитесь сейчас». К (неохотно): «Ну да, но мне они не нравятся! Я лучше буду одна, чем с ними. Зачем мне это нужно!». Т: «Ваши высказывания, кажется, говорят о том, что вы выбрали оставаться одной».

Терапевт использовал прием

- аутогенной тренировки
- переноса и контрпереноса
- отрицательного подкрепления
- групповой динамики

Дополнительная информация

К (неохотно): «Ну да, но мне они не нравятся! Я лучше буду одна, чем с ними. Зачем мне это нужно!». Т: «Ваши высказывания, кажется, говорят о том, что вы выбрали оставаться одной». К (удивленно): «Никогда так не думала, но это действительно так! Мне все казались скучными, тупыми, некрасивыми, я считала, что лучше быть одной, чем с такими. Вы считаете, я поэтому всегда была одна?» (пауза) «Честно сказать, мама мне тоже говорила, что я слишком требовательная»

Клиентка признала, что в результате её придирчивости и требовательности к молодым людям, отношения не складывались, данный опыт пациентки являлся + _____ + Я-концепции, чувству жалости к себе и ненужности

- иррациональным
- амбивалентным
- неконгруэнтным
- конгруэнтным

Отец выбрал профессию клиентки, всегда был против возможности профпереподготовки. Жалобы пациентки на: разочарование в работе, угнетающую обстановку, подавленность, напряжение, желание работать психологом, помогать людям, общаться в иной профессиональной среде, связаны с ее стремлением к

- рефлексии
- доминированию
- социализации
- актуализации

Клиентка хотела бы сменить работу, признавалась, что хотела бы быть более творческой и полезной, чувствовать себя реализованной, самостоятельной и свободной. Представление о себе, каким бы человеку хотелось стать в результате реализации своих возможностей, в рожерианской психотерапии определяется как

- рефлексии
- доминированию
- социализации
- актуализации

Дополнительная информация

Сестры клиентки около месяца жили с в её квартире, на сессии она делилась: К: «Это ужасно! Они так меня раздражают! Они такие не аккуратные, разбрасывают свои вещи, я ничего не могу найти. Утром они занимают душ. Вечером я прихожу вымотанная и не могу отдохнуть, расслабиться дома, потому что они смотрят кино или хотят поболтать. Договориться с ними невозможно, мы только ругаемся, они потом жалуются маме, а она выговаривает мне, что я зануда и не могу ни с кем ужиться. Ну вот зачем мне все это? Я поняла, как я оказывается люблю быть одна, и мне нравится жить одной. Я подумала о том, как я смогу жить с женщиной? И уже сомневаюсь, что хочу этого. Похоже сейчас мне отношения и не нужны, не знаю, как потом. Это родители и знакомые давили, папа постоянно спрашивал, когда я выйду замуж, все твердили, тебе пора».

Пациентка осознала, что может ориентироваться на собственный опыт и ощущения. Что является

- условиями ценности
- иррациональной установкой
- организмическим оценочным процессом
- интеграцией всех частей личности

В процессе терапии клиентка развивала

- конгруэнтность, самопринятие и личную ответственность
- ассертивные формы поведения
- гармоничные отношения со своими архетипами
- навыки идентификации автоматических мыслей

Клиент-центрированная терапия принадлежит к + _____ + направлению психотерапии

- психодинамическому
- экспрессивному
- когнитивно-поведенческому
- экзистенциально-гуманистическому

Также к экзистенциально-гуманистическому направлению психотерапии принадлежит

- психодинамическому
- экспрессивному
- когнитивно-поведенческому
- экзистенциально-гуманистическому

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет, первичное обращение.

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения с головокружением, ощущением нехватки воздуха, тремором рук, тревогу и страх сойти с ума во время приступа.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3-х месяцев, когда впервые на эскалаторе в метро возник приступ учащенного сердцебиения с головокружением и ощущением нехватки воздуха, сопровождавшийся чувством страха. Испугалась, что может потерять сознание, упасть на эскалаторе, получить ЧМТ, «переломать руки и ноги», сбить впереди стоящих людей. Постаралась быстрее выйти из метро, на улице прошло головокружение и учащенное сердцебиение, снизилась тревога. Перед приступом был период напряженной работы, годовых отчетов, ненормированный рабочий день, «нервотрепка». Решила, что переутомилась на работе и ей просто надо выспаться, отдохнуть. О первом приступе не вспоминала, продолжала пользоваться общественным транспортом. Однако, через 2 недели на работе вновь развился приступ выраженной тревоги с учащенным сердцебиением, головокружением, дрожью в руках. Приступы длительностью от 10 до 30 минут повторялись с различной периодичностью, в основном на работе и в транспорте, редко вечером дома. Появился страх, что приступ может развиваться в любой момент, прилюдно, она потеряет над собой контроль и может сойти с ума. На работе была напряжена, боялась пропустить начало приступа, стала носить с собой валидол, корвалол и валериану. Во время приступа старалась спрятаться от коллег, уединиться в переговорочной, «решат, что ненормальная». Не понимала, что с ней происходит. Обратилась к участковому терапевту, прошла обследование, соматической патологии не выявлено, получила рекомендацию обратиться к психотерапевту.

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам: алкоголизм по линии отца. Суициды в семье не выявлены. Родилась в срок от нормально протекавшей беременности. Раннее развитие без особенностей. Единственный ребенок в семье, родители развелись, когда дочери было 14 лет. С матерью

отношения доверительные, теплые. С отцом и его новой семьей напряженные, отец всегда был требователен, никогда не хвалил, сравнивал с другими детьми, ставил в пример тех, кто был успешнее. Посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет. Была ответственной, трудолюбивой, стеснительной, скромной, отмалчивалась, старалась быть незаметной, зависела от мнения окружающих, "боялась показаться дурочкой и сейчас тоже". Образование высшее, работает экономистом в крупной компании. Отношения на работе хорошие, но чувствует себя неуверенно, постоянно переживает из-за замечаний на работе. Живет одна, снимает квартиру. Перенесенные инфекционные заболевания: ковид 2020 и 2021. Оперативные вмешательства - отрицает. ЧМТ, аллергию на лекарственные препараты - отрицает. Вредные привычки – курит, 1 пачку в неделю.

Объективный статус

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС: Телосложение: нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление: 120/80 мм рт. ст. Ps 78. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. ***НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:*** Зрачки: средней величины; S=D. Нарушения походки и координации движений: отсутствуют. В позе Ромберга: устойчива. Координатные пробы: выполняет. Экстрапирамидная симптоматика: не наблюдается. Обморочные состояния: отрицает. Травмы головы: отрицает. Реакция на смену погоды, атм. давления: отрицает. ***ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС*** Во всех видах ориентирована верно. Внешний вид опрятный. Поведение адекватное. В беседу вступает не очень охотно. Взволнована, сидит в напряженной позе. В процессе беседы постепенно успокаивается, становится более раскрепощенной, приветливой. Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Эмоционально описывает приступы паники, говорит: «Такого кошмара со мной никогда не было, я напугана, не понимаю, что со мной», боится, что может сойти с ума, «не справлюсь, на работе кто-то увидит в таком состоянии». Фиксирована на своих ощущениях, сердцебиении и дыхании, признается, что из-за этого постоянно находится в напряжении, стало сложно сосредоточиться на работе, расслабиться, отвлечься. Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

Ведущим симптомом данного расстройства является

- тоска
- тахикардия

- тремор
- тревога

Основными характеристиками тревоги у пациентки являются

- распространенность и устойчивость
- зависимость от внешней оценки и принятия
- выраженность и непредсказуемость
- ситуационная обусловленность и ожидаемость

В соответствии с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- распространенность и устойчивость
- зависимость от внешней оценки и принятия
- выраженность и непредсказуемость
- ситуационная обусловленность и ожидаемость

Диагноз

Пациентке можно рекомендовать

- комбинацию психотерапии и фармакотерапии
- психофармакотерапию по причине низкой эффективности психотерапии
- ограничительное поведение и избегание
- длительную монотерапию анксиолитиками

На начальном этапе психотерапии необходимо обучить пациентку купировать панику с помощью

- жетонного метода
- сопротивления
- нервно-мышечной релаксации
- свободных ассоциаций

Мышечная релаксация является

- проективной методикой
- избегающим поведением
- антифобическим фактором
- развивающей средой

Наиболее известным из методов нервно-мышечной-релаксации является

- рационально-эмотивная психотерапия Эллиса
- проективная методика Вольберга

- аутогенная тренировка по Шульцу
- прогрессирующая нервно-мышечная релаксация Джекобсона

На первом этапе обучения терапевт демонстрирует

- последовательность гимнастических упражнений
- технику медитации
- упражнения на вызывания ощущений тепла и тяжести
- упражнения на регуляцию дыхания

На втором этапе обучения отрабатывается навык

- вызывания ощущений тяжести, тепла и прохлады
- произвольного расслабления напряженных мышечных групп
- ведения дневника поведенческого мониторинга
- асертивного общения и поведения

Самостоятельные занятия по методике прогрессивной мышечной релаксации следует назначить пациентке

- регулярно
- после сна
- несистематически
- только при приступе

Для выработки привыкания к симптомам панической атаки можно применить методику

- второго стула
- свободных ассоциаций
- отражения эмоций
- импловивной терапии

Теоретическую основу поведенческой терапии заложили работы

- И.П. Павлова
- Л.С. Выготского
- А.Маслоу
- А.Бандуры