

## Вопросы к зачету по дисциплине «Расстройства личности»

1. Понятие личности. Развитие личности. Постструктуры личности. Структурная модель личности. Топографическая модель личности. Модель психосексуальной периодизации жизни.
2. Патопсихология и клиническая психопатология. Проблема психической нормы и патологии. Статистическая норма. Идеальная норма. Функциональная норма. Социальная норма. Групповая норма. Критерии нормы.
3. Понятие здоровья в психологии. Три аспекта болезни, как феномена.
4. Понятие «здоровое поведение» и «больное поведение». Четыре этапа больного поведения.
5. Основные концепции психических расстройств
6. Классическая теория психосексуального развития. Три основных вида инстинктов. Три составляющие в структуре личности. Стадии психосексуального развития.
7. Три вида тревоги (Фрейд). Виды реакции на травматическую ситуацию, с точки зрения психоанализа. Развитие симптома, как реакция на психотравму.
8. Теория привязанности Боулби. Виды незащищающих привязанностей. Паттерны поведения, свидетельствующие о формировании определенного типа привязанности. Привязанность и психические расстройства
9. Теория объектных отношений. Структура объектных отношений. Психологические расстройства вследствие неправильного построения отношений с окружающим миром.
10. ЭГО – психология. Психосоциальные стадии развития личности
11. Поведенческие подходы в клинической психологии. Концепция Айзенка
12. Оперантное обусловливание. Расстройства как следствие нарушений процесса обусловливания. Атрибутивный стиль и расстройство. Каузальная атрибуция
13. Концепция выученной беспомощности Селигмана.
14. Теория конструкторов Келли. Классификация конструкторов.
15. Когнитивная концепция расстройств. Пять категорий схем. Автоматические мысли. Ошибки, которые мешают логично мыслить.
16. Социально-когнитивная теория Бандуры. Пять основных когнитивных способностей. Способы научения. Понятие самоэффективности.
17. Теория социального научения Роттера. Четыре переменные, определяющие поведение человека. Формула прогноза поведения. Шесть потребностей, в рамках учения Роттера.
18. Локус контроля. Экстернальный и интернальный локус контроля. Их связь с психологическими проблемами.
19. Понятие психопатии и расстройства характера. Классическое понимание невроза. Понятие психического расстройства.
20. Феноменологическая парадигма. Структурно-динамическая парадигма. Понятие структуры и личностной организации в психоанализе.
21. Представления о континууме личностной психопатологии. Расстройства «высокого» и «низкого» уровней.
22. Симптоматические неврозы. Актуальные неврозы и психоневрозы. Применение топографической и структурной моделей в классической теории неврозов.
23. Психоаналитические концепции в понимании невроза
24. Трансферентный невроз
25. Неврозы характера и расстройства характера высокого уровня.
26. Личностный стиль и структура характера с точки зрения Эго-психологии. Представления об Эго-стиле, стиле Суперэго, характерологических защитах, когнитивном и интерперсональном стиле. Эго- синтоничность и Эго-дистоничность патологических черт характера.

27. Пограничные личностные расстройства.
28. «Диффузная» идентичность, использование примитивных защит при пограничных расстройствах личности. Расщепление, проективная идентификация, примитивная идеализация и обесценивание.
29. Понятие и оценка уровня проверки реальности при пограничных личностных расстройствах. Специфика объектных отношений и переноса при пограничных расстройствах.
30. Психотическая организация личности. Функциональные и органические психотические расстройства.
31. Вероятные причины, условия развития, структура и динамика личности, фрагментация идентичности, преобладание расщепляющих защит, нарушение проверки реальности при психотических расстройствах личности.
32. Специфика объектных отношений и переноса при психотическом расстройстве личности.
33. Психотическая регрессия и трансферентный психоз.
34. Понятие уровней развития личности. Их соотнесение с типологией личности.
35. Описательный диагноз, критерии описательной диагностики.
36. Структурная диагностика: оценка организации идентичности, уровня защитных механизмов и проверки реальности.
37. Основные цели и средства психоаналитической диагностики.
38. Различные версии оценочного интервью, первичное диагностическое интервью, структурное интервью.
39. Использование психологических тестов в диагностике личностных расстройств. Проективные тесты и оценка объектных отношений. Пиктографический профиль.
40. Личностные расстройства и динамика отношений «пациент-клиницист». Динамика переноса-контрпереноса в зависимости от типа и уровня расстройства личности.
41. Варианты контрпереноса. Широкое и узкое понимание контрпереноса. Реалистический и патологический контрперенос. Условия использования контрпереноса в клиническом процессе.
42. Проективная и интроективная идентификация в системе «пациент—клиницист».
43. Значение супервизорского наблюдения. Уровни и фокусы супервизии.
44. Приемы внутренней супервизии.
45. Проблема выбора адекватных психотерапевтических моделей и организации терапевтического пространства.
46. Общие цели и задачи психотерапии. Факторы лечебного воздействия психотерапии. Характеристики эффективного консультанта. Определяющие моменты в проведении эффективной психотерапии, согласно.
47. Показания и противопоказания к применению различных форм психоаналитической терапии. Психоанализ, психодинамическая, экспрессивная, поддерживающая психотерапия.
48. Варианты терапевтического контракта и сеттинга. Модификация технических приемов: время, стиль, дозировка интерпретаций, применение поддерживающих и укрепляющих Эго интервенций.
49. Специфика «терапевтической среды» в индивидуальной и групповой психотерапии пограничных расстройств личности. Характеристика индивидуальной, диадической и групповой динамики.
50. Структура и динамика внутренних и внешних границ, феномены внутриличностной и групповой фрагментации, «зеркального отображения». Проекция, интроекция, интра- и интерперсональные защиты.
51. Описательная характеристика истероидной личности. Драйвы, аффекты и темперамент при истерии. Защитные и адаптационные процессы при истерии. Объектные

отношения при истерии.

52. Описательная характеристика истероидной личности. Истерическое собственное «Я».
53. Описательная характеристика истероидной личности. Перенос и контрперенос с истерическими пациентами.
54. Описательная характеристика истероидной личности. Терапевтические особенности при работе с истерическими клиентами
55. Описательная характеристика диссоциативной личности. Драйвы, аффекты и темперамент при диссоциативных состояниях
56. Описательная характеристика диссоциативной личности. Защитные и адаптационные процессы при диссоциативных состояниях
57. Описательная характеристика диссоциативной личности. Объектные отношения при диссоциативных состояниях
58. Описательная характеристика диссоциативной личности. Диссоциативное собственное «Я»
59. Описательная характеристика диссоциативной личности. Перенос и контрперенос с диссоциативными клиентами
60. Описательная характеристика диссоциативной личности. Терапевтические рекомендации при диагнозе диссоциативное расстройство
61. Истерические проявления у мужчин и у женщин.
62. Истерические проявления у детей, подростков и пожилых людей.
63. Сущность понятий: диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга, диссоциативный ступор, транс и одержимость, диссоциативные двигательные расстройства, диссоциативные конвульсии, диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия.
64. Описательная характеристика лиц зависимого типа.
65. Драйвы, аффекты и темперамент у личности зависимого типа
66. Защитные механизмы и адаптивные процессы у лиц зависимого типа
67. Объектные отношения при зависимом расстройстве личности
68. Зависимое собственное «Я»
69. Перенос и контрперенос с зависимыми пациентами
70. Терапевтические рекомендации при диагнозе зависимое расстройство личности
71. Описательная характеристика обсессивного и компульсивного расстройства личности.
72. Драйвы, аффекты и темперамент при абсессивных и компульсивных расстройствах личности
73. Защитные и адаптивные процессы при абсессивных и компульсивных расстройствах личности
74. Объектные отношения при абсессивных и компульсивных расстройствах личности.
75. Обсессивное и компульсивное собственное «Я».
76. Перенос и контрперенос с абсессивными и компульсивными пациентами.
77. Терапевтические рекомендации при диагнозе абсессивное и компульсивное расстройство личности.
78. Описательная характеристика мазохистической личности.
79. Драйвы, аффекты и темперамент при мазохистических расстройствах личности
80. Защитные и адаптивные процессы при мазохистических расстройствах личности
81. Объектные отношения при мазохистических расстройствах личности.
82. Мазохистическое собственное «Я».
83. Перенос и контрперенос с мазохистическими пациентами.
84. Терапевтические рекомендации при диагнозе мазохистической личности.
85. Описательная характеристика депрессивного расстройства личности.

86. Описательная характеристика маниакального расстройства личности.
87. Драйвы, аффекты и темперамент при депрессивных и маниакальных расстройствах личности в сравнении.
88. Защитные и адаптивные процессы при депрессивных и маниакальных расстройствах личности в сравнении.
89. Объектные отношения при депрессивных и маниакальных расстройствах личности в сравнении.
90. Депрессивное и маниакальное собственное “Я” в сравнении.
91. Перенос и контрперенос с депрессивными и маниакальными пациентами в сравнении.
92. Терапевтические рекомендации при диагнозе депрессивное и маниакальное расстройство личности в сравнении.
93. Описательные характеристики шизоидных личностей
94. Драйвы, аффекты и темперамент шизоидных личностей
95. Защитные и адаптационные процессы у шизоидных личностей
96. Объектные отношения шизоидных личностей
97. Шизоидное собственное “Я”
98. Перенос и контрперенос с шизоидными пациентами
99. Терапевтические рекомендации при диагнозе шизоидной личности
100. Описательные характеристики параноидной личности
101. Драйвы, аффекты и темперамент параноидной личности
102. Защитные и адаптационные процессы при параноиде
103. Объектные отношения при параноиде
104. Параноидное собственное “Я”
105. Перенос и контрперенос с параноидными пациентами
106. Терапевтические рекомендации при установлении диагноза “параноид”
107. Описательные характеристики диссоциальных личностей
108. Драйвы, аффекты и темперамент диссоциальных личностей
109. Защитные и адаптационные процессы у диссоциальных личностей
110. Объектные отношения диссоциальных личностей
111. Диссоциальное собственное “Я”
112. Перенос и контрперенос с диссоциальными пациентами
113. Терапевтические рекомендации при диагнозе диссоциальной личности
114. Описательные характеристики нарциссической личности
115. Драйвы, аффекты и темперамент нарциссической личности
116. Защитные и адаптационные процессы при нарциссизме
117. Объектные отношения при нарциссизме
118. Нарциссическое собственное “Я”
119. Перенос и контрперенос с нарциссическими пациентами
120. Терапевтические рекомендации при установлении диагноза нарциссизм.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

## по дисциплине «Расстройство личности»

### ЗАДАЧА № 1

На приеме у психотерапевта клиентка, 34 года. Говорит о чувстве нереальности окружающего мира, которое ее сильно пугает. Когда идет по улицам – все видит «в сером цвете». Улицы. По которым ходила годами, кажутся какими-то другими, незнакомыми. Когда выходит на улицу, появляется сильное желание идти «подпрыгивая и пританцовывая», с которым она с трудом справляется. Дома, глядя на себя в зеркало, с одной стороны, знает, что это она, с другой – себя не узнает. Знает, что сын отправлен к сестре, и ждет, что он вот-вот войдет в комнату. Не может описать себя, черты своего характера – говорит «я - чокнутая», «Я – ненормальная». Не может дать какие-то характеристики окружающим людям. На просьбу психотерапевта описать какого-нибудь человека, описывает его поведение, поступки. О себе говорит самоуничижительное, считает себя плохой матерью, уверена, что не справится даже с самой простой работой. Думает, что окружающие люди ее ненавидят и презирают, потому что она уже «всех достала». Говорит о том, что ей трудно жить, плачет: «За что мне такое наказание?», но при этом, ничего не делает, чтобы улучшить свое положение (не устраивается на работу, не пытается наладить личную жизнь, даже не идет погулять, хотя хочет) – считает себя «ущербной» и недостойной. Терапевта наделяет «всемогуществом», говорит, что он – «последняя надежда»

Очень тревожна. Говорит быстро, сбивчиво. Постоянно извиняется. Очень доверительна и открыта. Периодически начинает плакать, но быстро успокаивается, как ребенок

Контрперенос терапевта – ощущение, что просят очень много помощи, такой, какой он не в силах оказать. В связи с этим, возникает легкое раздражение, растерянность, желание быть с клиенткой строгой.

Определите уровень организации личности у этой клиентки.

Какой ведущий тип личности можно предположить?

Какая терапевтическая тактика уместна с данной клиенткой?

### ЗАДАЧА №2

Клиентка, 34 года, обратилась к психотерапевту с жалобами на невозможность забеременеть. Много лечилась по поводу бесплодия. Перенесла внематочную беременность. В настоящее время, один яичник не функционирует, но маточная труба, которая к нему идет, проходима. Другой яичник – здоровый, но у него непроходимая маточная труба. Вдобавок, обнаружена миома матки, более 4см – это является противопоказанием для проведения ИКО. Рассказывает об этом с улыбкой, хихикая, но говорит, что под этим смехом скрывается ужас от сложившейся ситуации. Много ходит к врачам, обследуется, но назначения врачей саботирует. Злится, когда они начинают ее «воспитывать» и говорить о том, что она «безответственно относится к своему здоровью, и, что осталось совсем немного времени, пока она еще может как-то надеяться на рождение ребенка». Говорит, что в успех психотерапии не верит, но слышала, что у других женщин были положительные результаты от психотерапевтического лечения и они, в результате, смогли забеременеть. На этом этапе у терапевта складывается ощущение, что клиентка стремится к решению своей проблемы, но, одновременно ее и избегает.

Мать клиентки умерла от рака яичников, рано, когда девочка была подростком, на том этапе, когда она должна была идентифицироваться со своей женственностью, принять

на себя основные женские роли, в будущем. К матери относится с благоговением, говорит о том, что она «была идеальной», одновременно ненавидит ее за эту идеальность, потому что она «всегда была права», но ненависть свою выразить не может. При воспроизведении фигуры матери в ходе терапии, сразу становится тихой и покорной, уходит энергия. Ухоженная, яркая, экстравагантная, иногда с терапевтом кокетничает и заигрывает, хотя терапевт – женщина. Свою ситуацию воспринимает правильно, себя описывает четко и конкретно, с некоторой долей иронии. В ходе терапии часто происходят инсайты, которые она осознает критически и присваивает. Охотно берет ответственность в ходе терапии. Легко делает выборы. Легко «вживается» в предложенные ей роли. Легко использует проективные методы психотерапии.

В результате терапевтической работы осознала, что, по ее ощущениям, ее матка находится в состоянии «защиты», так же как у мамы. Мамина матка защищалась от своей женственности и создала для этого болезнь. А ее матка, защищаясь от своей женственности, создает бесплодие. Осознала, что ее детская часть взрослеть не хочет, боится рождения ребенка, хочет играть с «проблемой» как с игрушкой. Женская часть – вытеснена. Женщина ощущается, скорее, как «деловая» женщина, которая проблему рождения ребенка, вообще, проблемой не считает. Сексуальная женщина – игнорируется, ее потребности обесценены, ей «деловая» женщина сказала: «Заткнись!». Роль женщины – матери, переживается очень теплой, заботящейся, любящей ребенка, приносит много удовольствия для клиентки. Но эта часть вызывает страх у внутреннего ребенка: «Она может уйти, бросить, поэтому она опасна». А у внутренней деловой женщины – презрение. Она говорит о материнской части: «Курица-наседка».

Определите уровень организации личности у этой клиентки.  
Какой ведущий тип личности можно предположить?  
Какие есть терапевтическая гипотезы?

### ЗАДАЧА №3

Клиент, 24 года, обратился за психотерапевтической помощью в момент расставания со своей девушкой. Вместе прожили 7 лет. Отношения, на протяжении всего этого времени, скорее, детско-родительские, со сменой ролей. После очередной ссоры, девушка нашла другого молодого человека и ушла жить к нему. Клиент обратился за помощью к психотерапевту с целью вернуть утраченные отношения. Фоном звучит заявка на преодоление трудностей с социализацией. Не имеет стабильного заработка, т.к. не может работать с людьми. Устроившись на работу в какую-либо организацию, через 2 недели увольняется «потому что становится скучно». Боится обязательств и ответственности – переносит это как «тяжкий груз, который лег на плечи». Чувствует, что окружающие люди относятся к нему недоброжелательно. В присутствии других мужчин чувствует себя маленьким, появляется желание подстраиваться. В присутствии чужих женщин – тоже начинает ощущать себя маленьким. Поэтому испытывает стыд. В контакт с собой может войти только тогда, когда остается один, или на приеме у психотерапевта. В одиночестве чувствует себя брошенным, «как маленький ребенок, у которого ушла мама». Склонен прогнозировать будущее в разных угрожающих картинках – встретив милиционера, думает о том, что он может подложить ему наркотики, познакомившись с человеком, думает о том, что он может оказаться мошенником и обмануть его, пообщавшись со своей бывшей девушкой. Фантазирует, что ее новый мужчина собирается его избить, прячется у себя дома, не выходит на улицу и т.д. Планирует развивать свой собственный бизнес, но начав заниматься этим, начинает испытывать скуку и все бросает. Под скукой обнаруживается злость. Люди, которых называет друзьями, сохранились со школьных лет, живут в другом городе. Новые знакомства не заводит. Не может заводить знакомства с девушками – не знает, о чем с ними нужно разговаривать, испытывает страх.

На занятиях охотно идет на эксперимент. Хорошо осознает разные телесные ощущения, но не осознает чувства, связанные с ними. Очень легко регрессирует до детского возраста, часто функционирует из возраста 6-7 лет. При необходимости брать ответственность, впадает в трансное состояние, с большим трудом его удается удерживать в состоянии «здесь и сейчас». Не уверен в своей половой идентичности, часто высказывает предположение, что он – гей. Ощущает себя то взрослым человеком, то ребенком. Очень опасается своей агрессивности, испытывает вину за нее, говорит о том, что «внутри сидит маньяк», что виноват перед окружающими людьми за свою злость. У терапевта складывается впечатление, что клиента «болтает» с полюса страха и злости в полюс вины и жертвенности, и обратно. Хочет близости со своей девушкой, но боится сближения. Отношения, большей частью манипулятивные.

По отношению к терапевту испытывает разные чувства. То говорит о своем сексуальном возбуждении (терапевт – женщина, в два раза старше клиента). То проявляет агрессию, говоря о неэффективности психотерапии и обвиняет в этом терапевта. Тем не менее, продолжает ходить на терапию. С большим трудом завершает сеанс, задает много вопросов, когда сеанс уже закончился. В перерывах между сеансами часто звонит терапевту, задавая разные вопросы, иногда, просто рассказывая какие-то события. Потому что «рассказать больше некому».

У терапевта периодически складывается ощущение, что на нем очень много ответственности за этого клиента, как у матери за ребенка.

Определите уровень организации личности у этого клиента.

Какой ведущий тип личности можно предположить?

Какие есть терапевтическая гипотезы?

#### ЗАДАЧА №4

Клиентка, 30 лет. Обратилась с жалобой на утрату смысла жизни, апатию, плохое настроение, периодическое нежелание жить.

Выглядит намного моложе своих лет, сублильная, «ухаживаемая». Работает менеджером, по ее словам успешна, но работа не интересует, потому что «все уже давно освоила». Проживает с мужчиной, который хорошо обеспечен, заботится о ней, обеспокоен ее здоровьем и психическим состоянием, оплачивает ей психотерапевта.

Говорит быстро, много, активно жестикулирует. Речь с обилием метафор, символических образов. С трудом формулирует свои желания. С большим трудом может дать себе какую-нибудь характеристику, часто эта характеристика не о чем не говорит: «Я такая, какая есть», «Я – это горе родителям», «Я – разная. Не могу сказать точнее». Пространно рассуждает на различные темы, преподносит себя то в качестве жертвы, то в качестве женщины-вамп, способной привлечь внимание любого мужчины, но большим трудом удерживается в реальности. Реальность воспринимает адекватно, говорит о том, что «здесь ей становится скучно».

Рассказывает, что обращается к 4-му психотерапевту, но эффекта от терапий не было. Как правило, прозанимавшись 2-3 месяца, что это «недостаточно сильный специалист», чтобы разобраться в ее проблемах, и уходит из терапии.

На первую сессию опоздала на 15 минут. На следующую сессию не пришла вообще, зато пришла на следующий день, объяснив, что «дни перепутала». Через несколько сессий, пришла на занятие с тортиком, сказав: «Сегодня будем пить чай. У меня сегодня день рождения. Принимаю подарки». Через несколько сессий пришла на занятие к психотерапевту со словами: «У меня наступил кризис. Мне незачем дальше жить. Я пришла попрощаться. Как только я уйду от вас, я покончу жизнь самоубийством». Терапевт, не нашла ничего лучшего, чем вызвать мужчину этой женщины и объяснить ему то, что ей необходима госпитализация в психиатрический стационар, и, вопрос о том

состоится ли эта госпитализация, нужно решать всем вместе. Клиенты от госпитализации отказались, но больше эта женщина на терапию не пришла.

Только после ухода клиентов терапевт поняла, что сделала этот «правильный ход» с предложением госпитализации из бешеной злости, которую испытывала к этой клиентке. Попытки сделать манипуляцию клиентки предметом терапии, психотерапевт не предприняла.

Определите уровень организации личности у этой клиентки.  
Какой ведущий тип личности можно предположить?  
Какие есть терапевтическая гипотезы?

#### ЗАДАЧА №5

Клиентка, 45 лет, пришла на прием к психотерапевту «в слезах». Говорит громко, с надрывом, активно жестикулирует. В голосе звучит обида, негодование.

Говорит об измене мужа, о которой узнала случайно, прочитав у него в телефоне смс-сообщение. После этого стала за ним следить и увидела «толстую обезьяну», с которой он встречается. Возмущена фактом его предательства, считает, что «отдала ему лучшие годы жизни», что «жила ради него и детей», что «есть не сяду, но его рубашку во-время поглажу». Рассказывает, что муж мало зарабатывает, поэтому ей приходится трудиться на трех работах, чтобы «поднять» детей. Что не хватает времени «даже причесаться». Что «дом тоже весь на ней», потому что «муж к этому безразличен, а дети еще маленькие» (сыну 13 лет, а дочке – 16). Что мать часто болеет и приходится за ней ухаживать. Чувствует себя «загнанной лошастью», но считает, что «никакого выхода нет» - «А куда деваться?». Понимает, что стала непривлекательной для мужа, но ничего кроме обиды не испытывает. Не может его простить, но и расходиться с ним не хочет. Не знает, как выстраивать новые отношения, а старое «все рухнуло». Постоянно плачет, не спит ночами. Муж все это видит, но попыток к примирению не предпринимает, сам ходит злой и обиженный.

Клиентка имеет четкие представления о себе: «Я – человек очень ответственный и заботливый. Я о себе не думаю. Все мои мысли о том, чтобы моим близким людям было хорошо. Мне все время кажется, что я что-то «недоделала» своим близким. Постоянно чувствую себя виноватой в чем-то». Клиентка дает четкие, понятные описания, окружающих ее людей: «мой муж – мужчина симпатичный. Он женщинам нравится и знает об этом. Гулящим его не назовешь, но поглядывает на женщин, особенно с большой грудью. Ленивый, конечно. Ничего делать его не заставишь, но, зато на работе его ценят. К работе то он ответственно относится. Это он в папу. Папа у него такой же». Клиентка правильно понимает ситуацию – муж увлекся другой женщиной, потому что она стала для него непривлекательной.

У терапевта ищет помощи, готова работать и брать на себя ответственность за исход терапии. В процессе терапии легко впадает в чувство вины и начинает оправдываться.

Определите уровень организации личности у этой клиентки.  
Какой ведущий тип личности можно предположить?  
Какие есть терапевтическая гипотезы?

## ЗАДАЧА №6

Клиентка долгое время страдает хроническим циститом. При объективном обследовании достоверных признаков этого заболевания нет. Тем не менее, неоднократно проходила лечение по поводу данной патологии – хорошего эффекта никогда не было. Отмечает, что симптоматика усиливается, когда «жизнь становится спокойнее». В периоды, когда сосредоточена на житейских проблемах, болезнях детей, признаки цистита ослабевают. Также, меньше страдает от этого заболевания, когда заболела чем-то еще (например ОРЗ, пищевое отравление). Формальные отношения с мужем, который «равнодушный», «устал от моих болезней и жалоб». Всегда чувствовала безразличие к сексу, иногда – отвращение. Есть, вообще, сложности с получением любого вида удовольствия. В настоящее время сексуальной жизни практически нет – боится, что цистит обострится. На это муж сильно обижается, становится раздраженным, старается с женой в одну кровать не ложиться. Но, мирится с этим обстоятельством, т.к. понимает, что жена «сильно больна». (Клиентка говорит об этом со странной улыбкой).

По характеру клиентка очень активная. Стремится к тому, «чтобы все было идеально». Очень недовольна собой и своей жизнью, если что-то не получается, если нет идеального порядка, если дети не слушаются, или болеют. Поскольку, «идеальности» достигнуть не получается, постоянно раздражена, чувствует себя вымотанной, обижается на мужа, что ей не помогает, думает, что «если бы он помогал, я бы со всем справилась».

Постоянно говорит о потребности в отдыхе, положительных эмоциях, радости. Но уверена, что не может себе этого позволить. Мать клиентки – учительница, тоже всю жизнь страдала разными заболеваниями, была очень ответственной, прожила с уверенностью. Что «в жизни – главное – уметь терпеть».

В процессе терапии, клиентка постоянно запрашивает советы, инструкции, пытается узнать «мнение терапевта». Но, получив их, как правило, отвергает. На терапевтической работе не сосредоточена, не интересуется своими процессами, инсайтов, как правило не происходит, а если они случаются, то относится к ним с безразличием. У терапевта складывается впечатление, что она ходит на терапию, потому что «надо». На рисунках, как правило, рисует себя без лица, иногда даже без контуров тела – рисует только набор органов. Объясняет: «Мне почему-то так захотелось». Очень четко и определенно характеризует себя, но всегда с оттенком критичности.

В моменты сеанса терапевт часто ощущает себя учителем от которого ожидают научения, но ученик уже устал учиться, вымотан.

Определите уровень организации личности у этой клиентки.

Какой ведущий тип личности можно предположить?

Какие есть терапевтическая гипотезы?

## ЗАДАЧА №7

Клиентка, 28 лет, обратилась к психотерапевту в момент расставания со своим любимым человеком. Параллельно замужем за другим мужчиной, имеет двоих детей. К мужу не испытывает сексуального влечения, не испытывает с ним оргазмов, хотя легко оргазмирует сама с собой. По ее инициативе, семья практикует «секс втроем» с другими женщинами. Складывается впечатление, что во время такого секса, женщина конкурирует с собственным мужем за любовь другой женщины. В процессе терапии (20 сеансов), клиентка ощутила потребность «построить отношения « со своим мужем, настоятельно повторяет этот запрос на каждой терапии, но саботирует любое продвижение в этом направлении (перестает чувствовать и осознавать, с торжествующей улыбкой говорит: «Я не знаю, не понимаю», в экспериментах мужа игнорирует – становится к нему спиной, сама этого не замечая. На рисунке о своих отношениях с мужем, рисует точку, среди

пустого места и говорит, что точка – это она, а где муж, она не знает). Складывается впечатление, что в этот момент клиентка испытывает какое-то злорадство.

Выглядит очень ярко, эксцентрично. Постоянно говорит о высокой стоимости своих вещей. Говорит о себе как о «высокодуховном» человеке, сосредоточенном на своем духовном развитии и личностном росте. То, как о безразличной матери и жене. То, как о «бывшем работнике ФСБ», прошедшем специальную подготовку. То как о психотерапевте, который имеет, чуть ли, не врожденный дар помогать людям, потому что с ранних детских лет понимала взрослых. При этом, детские свои переживания окрашивает большим высокомерием к миру взрослых, в котором чувствуется очень много боли и обиды. Сама говорит о том, что «функционирует на двух уровнях: «духовном и бытовом». В терапии, когда оказывается «на духовном уровне» - оправдывает всех, объясняя поступки окружающих их несовершенством. При этом, явно оказывается «выше» их, благороднее. Находясь на «бытовом» уровне. К тем же людям может испытывать ненависть, желание жестоко убивать.

Терапевт, во время терапии, испытывает ощущение, что общается с ребенком, который отчаянно запрашивает помощь и категорично, со злорадством и триумфом, ее отвергает. Периодически терапевт сталкивается с завуалированными упреками и обвинениями чувствует проявление к себе агрессии в такой форме. После занятия у терапевта ощущение разбитости, усталости и опустошенности.

Определите уровень организации личности у этой клиентки.

Какой ведущий тип личности можно предположить?

Какие есть терапевтическая гипотезы?

#### ЗАДАЧА №8

Клиентка, 47 лет, обратилась к психотерапевту по поводу «неудовлетворенности» своей жизнью. Называет себя «мечтательницей». Любит учиться, раскрашивать детские книжки. Тратит деньги «неразумно»: на книги, которые не успевает прочитывать, на психологические тренинги, которые для нее оказывается бесполезными, на «милые безделушки». При этом, постоянно оказывается в ситуации, когда даже не имеет денег для проезда на транспорте. Охотно, мечтательно описывает свои увлечения, мечту о Франции. Конкретно сформулировать суть своей «неудовлетворенности» не может: «Все как-то не так». А как хочется? – «По - другому».

В моменты, когда заходит речь о муже – на глазах появляются слезы. Неохотно соглашается обсуждать эту тему. Рассказывает, что с мужем давно – чужие люди. Хочет давно с ним разойтись, но зависит от него – живет в его квартире, а больше идти некуда, муж дает деньги, а сама себя прокормить не может. Две дочери – взрослые. Они на стороне отца, к ней относятся без уважения. В процессе терапии выясняется, что к мужу – много агрессии и обиды, но выражать их она не решается даже на терапии. В жизни свою агрессию проявляет по детски – исподтишка делая мужу мелкие пакости (незаметно для мужа выкидывает вещи, которые ему нужны, тратит небольшие, но последние деньги на безделушки, не предупредив, уезжает на очередной тренинг). Мужа очень боится – было время, когда он ее бил. Есть обида и агрессия на мать, но эту агрессию клиентка даже признает очень неохотно – воспитана в строгости, под большим запретом неуважение к взрослым людям, особенно к матери.

В терапии выясняется, что к себе относится очень негативно, считает себя «неправильной», считает, что недостойна не только иметь то, что хочет, но даже мечтать об этом – недостойна. Склонна, скорее, терпеть все невзгоды, чем претендовать на что-то лучшее.

Себя описывает определенно и конкретно, но стесняясь говорить о себе.

Окружающим людям тоже дает четкие характеристики. Реальность, тоже, определяет правильно: не хочет жить со своим мужем, хочет жить другой жизнью, но позволить себе этого не может – не достойна, прав не имеет. Находит выход только в том, что мечтает о лучшей жизни и в том, что наказывает мужа, делая ему «мелкие пакости».

У терапевта, на занятии возникает часто раздражение, как на ребенка, который провинился и до которого «не доходит», что так делать нельзя. Кажется, что этого ребенка невозможно воспитывать – он не в контакте, он где-то в своих мечтах.

Определите уровень организации личности у этой клиентки.  
Какой ведущий тип личности можно предположить?  
Какие есть терапевтические гипотезы?

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Расстройства личности» согласно учебному плану проводится в форме зачета.

Зачет проходит в 3 этапа:

Этап 1 – учет личных достижений обучающихся за цикл по дисциплине «Расстройства личности» в соответствии с критериями балльно-рейтинговой системы, разработанной на кафедре психиатрии (посещаемость занятий, среднее арифметическое значение оценок, полученных обучающимся за цикл, дополнительные баллы, бонусы и т.д.).

Этап 2 - аттестация проходит в форме итогового тестирования. Тестовые задания сгруппированы по 100 вопросов, представлены в 4-х вариантах, сформированные на основе вопросов к зачету (120 вопросов).

Этап 3 - решение одной ситуационной задачи.

В качестве методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в университете используются положения: СМК П 30 «Положение о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации», СМК П 06 Положение «Требования к разработке и применению балльно-рейтинговой системы оценки работы студентов»), а также положения и инструкции, содержащие требования к порядку оформления рефератов, дипломных и курсовых работ(СТО СМК ЮУГМУ 10 «Требования к реферату, контрольным, курсовым и выпускным квалификационным работам»).