



МИНЗДРАВ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Южно-Уральский
государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Ректор

И.А. Волчегорский



5 04 20 18

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
37.05.01 «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»
(УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

Программа ГИА рассмотрена на заседании ЦМС, протокол № 4 от 20.03. 20 18

Программа ГИА рассмотрена на заседании ученого совета, протокол
№ 2 от 20.04.20 18

Разработчики программы:

Заведующий кафедрой клинической психологии

и социальной работы

Доцент кафедры клинической психологии

и социальной работы



А.А. Атаманов



Т.С. Ефименко

СОГЛАСОВАНО

Начальник методического отдела

Начальник учебно-методического управления

Проректор по учебной, внеучебной и воспитательной работе



В.Б. Патрушева



О.А. Шумакова



Л.М. Рассохина

1 Программа ГИА переутверждена на 2017/18 учебный год на заседании ЦМС протокол от _____ 20__ № ____

с изменениями/ без изменений, протокол изменений на 2017/18 учебный год

Председатель
ЦМС

Л.М. Рассохина

2 Программа ГИА переутверждена на 2018/19 учебный год на заседании ЦМС протокол от _____ 20__ № ____

с изменениями/ без изменений, протокол изменений на 2018/19 учебный год

Председатель
ЦМС

Л.М. Рассохина

3 Программа ГИА переутверждена на 2019/20 учебный год на заседании ЦМС протокол от _____ 20__ № ____

с изменениями/ без изменений, протокол изменений на 2019/20 учебный год

Председатель
ЦМС

Л.М. Рассохина

4 Программа ГИА переутверждена на 2020/21 учебный год на заседании ЦМС протокол от _____ 20__ № ____

с изменениями/ без изменений, протокол изменений на 2020/21 учебный год

Председатель
ЦМС

Л.М. Рассохина

5 Программа ГИА переутверждена на 2021/22 учебный год на заседании ЦМС протокол от _____ 20__ № ____

с изменениями/ без изменений, протокол изменений на 2021/22 учебный год

Председатель
ЦМС

Л.М. Рассохина

6 Программа ГИА переутверждена на 2022/23 учебный год на заседании ЦМС протокол от _____ 20__ № ____

с изменениями/ без изменений, протокол изменений на 2022/23 учебный год

Председатель
ЦМС

Л.М. Рассохина

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. НОРМАТИВНАЯ БАЗА	5
2. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА	5
2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен	11
2.2. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену	25
2.3. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену	26
2.4 Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	27
2.5 Критерии оценки сдачи государственного экзамена	27
3 ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПУСКНЫМ КВАЛИФИКАЦИОННЫМ РАБОТАМ И ПОРЯДКУ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ.....	29
3.1 Требования к ВКР	32
3.2 Порядок выполнения ВКР	34
3.3. Процедура защиты выпускной квалификационной работы	36
3.4. Критерии защиты выпускных квалификационных работ	36
4. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ	37

1. НОРМАТИВНАЯ БАЗА

Настоящая Программа разработана в соответствии с:

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология (уровень специалитета) (Приказ Минобрнауки от 12.09.2016 № 1181 (далее – ФГОС ВО);
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29.06.2015 года № 636;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, утвержденным приказом Минобрнауки России от 05.04.2017 № 301;
- Положением о государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата и программам специалитета СМК П 07-2016, утвержденным приказом ректора от 24.11.2016 № 397;
- Положением Требования к рефератам, контрольным, курсовым и выпускным квалификационным работам СМК П 10-2017, утвержденным приказом ректора от 24.08.2017 № 261.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации, указанной в перечне специальностей высшего образования, утверждённом Министерством образования и науки Российской Федерации

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) включает защиту выпускной квалификационной работы (далее – ВКР), включая подготовку к процедуре защиты и процедуру защиты, а также подготовку и сдачу государственного экзамена (далее – ГЭ).

2. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен проводится устно по дисциплинам базовой части образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников. Государственный экзамен проводится устно.

ГЭ направлен на выявление освоенности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО, готовности обучающихся решать профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета, и специализацией Патопсихологическая диагностика и психотерапия:

научно-исследовательская деятельность:

теоретический анализ проблем, связанных с дезадаптацией человека и расстройствами психики при различных заболеваниях;

обзор и анализ психологической литературы по методологическим вопросам психодиагностической, консультативной, коррекционной и психотерапевтической деятельности;

формулирование конкретных гипотез, целей и задач психологических исследований;

выбор методов, планирование научного исследования, оценка его соответствия этико-деонтологическим нормам;
разработка новых и адаптация существующих методов психологических исследований (в том числе с использованием новых информационных технологий);
самостоятельное проведение, письменное, устное и виртуальное представление материалов собственных исследований;
выбор и применение номотетических и идеографических методов обработки и анализа психологических данных, подготовка заключений и рекомендаций;
проведение научной экспертной оценки актуальных и потенциальных исследовательских проектов;
организация научных и профессиональных собраний и конференций и участие в их работе;

психодиагностическая деятельность:

эффективное взаимодействие с пациентом (или клиентом), медицинским персоналом и заказчиком услуг с учетом клинико-психологических, социально-психологических и этико-деонтологических аспектов взаимодействия;

выявление и анализ информации о потребностях пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) с помощью интервью, анамнестического (биографического) метода и других клинико-психологических методов;

определение целей, задач и методов психодиагностического исследования с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;

диагностика психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, конфликтов, способов адаптации, личностных ресурсов, межличностных отношений и других психологических феноменов с использованием соответствующих методов клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования;

составление развернутого структурированного психологического заключения и рекомендаций;

обеспечение пациента (клиента), медицинского персонала и других заказчиков услуг информацией о результатах диагностики с учетом деонтологических норм, потребностей и индивидуальных особенностей пользователя психологического заключения;

консультативная и психотерапевтическая деятельность:

определение целей, задач и программы психологического вмешательства с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик и в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития;

проведение психологического вмешательства с использованием индивидуальных, групповых и семейных методов;

оценка эффективности психологического вмешательства;

консультирование медицинского персонала, работников социальных служб, педагогов, руководителей по вопросам взаимодействия с людьми для создания "терапевтической среды" и оптимального психологического климата;

психологическое консультирование населения с целью выявления индивидуально-психологических и социально-психологических факторов риска дезадаптации, первичной и вторичной профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств;

экспертная деятельность:

постановка целей и задач психологического исследования в рамках различных видов экспертизы;

выбор методов психологического исследования, в соответствии с задачами конкретного вида экспертизы;

проведение психологического исследования в рамках судебно-психологической, военной, медико-социальной и медико-педагогической экспертизы;

составление экспертного психологического заключения;

обеспечение заказчика информацией о результатах экспертного психологического исследования;

педагогическая деятельность:

разработка стратегии, плана и содержания обучения, выбор и использование современных обучающих технологий при организации процесса обучения;

организация самостоятельной работы и консультирование участников образовательных отношений;

оценка и совершенствование программ обучения и развития;

психолого-просветительская деятельность:

распространение информации о роли психологических факторов в поддержании и сохранении психического и физического здоровья;

подготовка и презентация программ для общественных и государственных организаций, ориентированных на сохранение и укрепление здоровья;

программ раннего психологического сопровождения групп риска;

организационно-управленческая деятельность:

создание, пропаганда и активное содействие соблюдению профессионально-этических стандартов для организаций и частных лиц, работающих в области психологических услуг;

руководство стажерами и соискателями в процессе их практической и научно-практической деятельности в области клинической психологии;

проектно-инновационная деятельность:

выбор и применение клиничко-психологических технологий, позволяющих осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики;

психологическое сопровождение инноваций, нацеленных на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей;

специализация № 3 "Патопсихологическая диагностика и психотерапия":

владение теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях;

владение современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств;

владение теоретическими основами и методами классических и современных направлений психотерапии;

владение теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики;

самостоятельная постановка практических и исследовательских задач, составление программ диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации;

применение на практике методов патопсихологической диагностики состояния психического здоровья и адаптационных возможностей больных для реализации задач психопрофилактики, психологической коррекции, реабилитации и психотерапии;

самостоятельное проведение психологических экспертиз и составление заключений в соответствии с задачами экспертизы и нормативными правовыми актами;

применение на практике диагностических методов и процедур для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности больного;

применение методик индивидуально-типологической (личностной) диагностики для решения психотерапевтических и реабилитационных задач;

разработка и реализация лично- и социально-ориентированных программ психотерапии, коррекции и реабилитации;

применение современных методов оценки и оптимизации качества жизни больных с психическими расстройствами, а также членов их социальных сетей;

взаимодействие со специалистами в области охраны психического здоровья, с работниками экспертных организаций и учреждений социальной защиты населения.

В рамках проведения государственного экзамена у выпускника, освоивший программу специалитета, проверяется уровень освоения компетенций:

общекультурные компетенции

способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);

способностью использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2);

способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3);

способностью использовать основы экономических знаний в различных сферах жизнедеятельности (ОК-4);

способностью использовать основы правовых знаний в различных сферах жизнедеятельности (ОК-5);

готовностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-6);

готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала (ОК-7);

способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-8);

способностью использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

общепрофессиональные компетенции

способностью решать задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);

готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности (ОПК-2);

готовностью руководить коллективом в сфере своей профессиональной деятельности, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОПК-3).

профессиональные компетенции, соответствующие видам профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета:

научно-исследовательская деятельность:

готовностью разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные в виде научных статей и докладов (ПК-1);

психодиагностическая деятельность:

готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) (ПК-2);

способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик (ПК-3);

способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях (ПК-4);

консультативная и психотерапевтическая деятельность:

способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинко-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-5);

способностью осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и "терапевтическую среду" (ПК-6);

готовностью и способностью осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития (ПК-7);

экспертная деятельность:

готовностью квалифицированно проводить психологическое исследование в рамках различных видов экспертизы (судебно-психологической, военной, медико-социальной и медико-педагогической экспертизы), анализировать его результаты, формулировать экспертное заключение, адекватное задачам экспертизы и запросам пользователя (ПК-8);

педагогическая деятельность:

способностью формулировать цели, проводить учебные занятия с использованием инновационных форм и технологий обучения, разрабатывать критерии оценки результатов образовательного процесса, проводить супервизию педагогической, научно-

исследовательской и практической работы обучающихся (ПК-9);

психолого-просветительская деятельность:

готовностью формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром, популяризировать психологические знания (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

способностью организовывать условия трудовой деятельности с учетом индивидуально-личностных возможностей работника с целью снижения риска последствий нервно-психического напряжения, стресса, предупреждения психосоматических заболеваний (ПК-11);

способностью организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций (ПК-12);

проектно-инновационная деятельность:

способностью выбирать и применять клинико-психологические технологии, позволяющие осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики (ПК-13);

готовностью сопровождать инновации, направленные на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей (ПК-14).

профессионально-специализированные компетенции, соответствующие специализации программы специалитета:

специализация № 3 «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»:

способностью и готовностью к овладению теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях (ПСК-3.1);

способностью и готовностью к овладению современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств (ПСК-3.2);

способностью и готовностью к овладению теоретическими основами и методами классических и современных направлений психотерапии (ПСК-3.3);

способностью и готовностью к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики (ПСК-3.4);

способностью и готовностью к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации (ПСК-3.5);

способностью и готовностью к применению на практике методов патопсихологической диагностики состояния психического здоровья и адаптационных возможностей больных для реализации задач психопрофилактики, психологической коррекции, реабилитации и психотерапии (ПСК-3.6);

способностью и готовностью к самостоятельному проведению психологических

экспертиз и составлению заключений в соответствии с задачами экспертизы и нормативно-правовыми документами (ПСК-3.7);

способностью и готовностью к применению на практике диагностических методов и процедур для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности больного (ПСК-3.8);

способностью и готовностью к применению методик индивидуально-типологической (личностной) диагностики для решения психотерапевтических и реабилитационных задач (ПСК-3.9);

способностью и готовностью к разработке и осуществлению личностно- и социально-ориентированных программ психотерапии, коррекции и реабилитации (ПСК-3.10);

способностью и готовностью к применению современных методов оценки и оптимизации качества жизни больных с психическими расстройствами, а также членов их социальных сетей (ПСК-3.11);

способностью и готовностью к взаимодействию со работниками в области охраны психического здоровья, с работниками экспертных организаций и учреждений социальной защиты населения (ПСК-3.12).

2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Теоретические вопросы:

1. Дисфункциональные сексуальные расстройства у мужчин: импотенция (понятие, виды, причины возникновения).

2. Дисфункциональные сексуальные расстройства у женщин: понятие аноргазмии и фригидности. Ретардационная и симптоматическая аноргазмия.

3. Виктимологическая профилактика наиболее опасных насильственных преступлений (против жизни и здоровья, хулиганства, против половой свободы).

4. Виктимологическая профилактика наиболее распространенных корыстных преступлений (квартирных, карманных краж, мошенничества, грабежей и разбойных нападений).

5. Виктимологическая профилактика терроризма и экстремизма. Стокгольмский синдром.

6. Виктимологические механизмы, провоцирующие преступное поведение в семье.

7. Психологические особенности зависимой личности.

8. Индивидуальная и групповые формы коррекции и терапия зависимого поведения.

9. Первичная, вторичная и третичная профилактика зависимого поведения. Общая и специальная профилактика.

10. Созависимое поведение как фактор формирования и поддержания зависимости. Профилактика и коррекция созависимого поведения.

11. Пути профилактики алкоголизма, современные методы лечения алкоголизма.

12. Профилактика наркомании. Цели, формы и методы психотерапевтической работы с наркоманом и его окружением.

13. Методы психотерапевтической работы с зависимыми игроками. «Анонимные игроки». Проблема профилактики игровой зависимости.

14. Понятие и клиническая картина никотиновой зависимости. Личностные особенности зависимых от никотина. Проблемы профилактики никотиновой зависимости.

15. Характеристика компьютерной зависимости, ее критерии и структура, личностные особенности людей, зависимых от компьютера. Пути профилактики.

16. Понятие межличностной зависимости, виды, критерии, формы проявления, личностные характеристики зависимого от отношений. Коррекция и профилактика межличностной зависимости.

17. Основные концепции формирования психосоматических расстройств.
18. Маскированные депрессии, понятие, синонимы.
19. Вегетативная дистония, симптоматика, картина личности.
20. Соматопсихические проявления при сердечно-сосудистых заболеваниях.
21. Картина личности при бронхиальной астме.
22. Спастический колит: психологические особенности личности.
23. Эмоциональная диарея, психологические механизмы.
24. Психогенная тошнота и рвота, психологические механизмы.
25. Психологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
26. Неспецифический язвенный колит, симптоматика, картина личности. Социально-психологические аспекты переживания боли.
27. Психосоматические аспекты нейродермита.
28. Психологические аспекты гипотиреоза.
29. Психосоматические аспекты ожирения.
30. Аффективные расстройства, характерные для лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
31. Специфика аффективных расстройств при психопатиях.
32. Особенности аффективных нарушений при органическом поражении головного мозга и ЦНС, диагностика, экспертиза.
33. Особенности аффективных расстройств у подростков и детей.
34. Аффективные расстройства при циклотимии.
35. Аффективных расстройств при неврозах, характеристика, критерии.
36. Шизофренический патопсихологический синдром
37. Олигофренический патопсихологический синдром.
38. Экзогенно-органический патопсихологический синдром.
39. Эндогенно-органический патопсихологический синдром.
40. Личностно-аномальный патопсихологический синдром.
41. Психогенно-невротический патопсихологический синдром.
42. Психогенно-психотический патопсихологический синдром.
43. Аффективно-эндогенный патопсихологический синдром.
44. Психотерапия и психокоррекция психических нарушений в детском и подростковом возрасте.
45. Психотерапия аффективных нарушений.
46. Психотерапия пограничных психических расстройств непсихотического уровня.
47. Психотерапия наркозависимых.
48. Психотерапевтические возможности при шизофрении.
49. Методы психотерапевтической коррекции семейных отношений.
50. Основные технологии гештальттерапии.
51. Основные технологии бихевиоральной терапии.
52. Когнитивная психотерапия
53. Экзистенциальный подход В.Франкла. Логотерапия. Понятие смысла. Базовые духовные ценности человека.
54. Телесно-ориентированная психотерапия. Классические подходы (В. Райх, А. Лоуэн).
55. Психодрама как метод психотерапии.
56. Психические расстройства в позднем возрасте.
57. Возможности психокоррекционной и психотерапевтической помощи в старости.
58. Принципы работы с пожилыми пациентами, имеющими хроническое заболевание, онкологическое заболевание, «инвалидизирующее» заболевание.

59. Пограничные нервно-психические расстройства в пожилом и старческом возрасте.
60. Первая медицинская помощь при неотложных состояниях и роль клинического психолога.
61. Составьте схему исследования для выявления нарушения психосексуальной ориентации по объекту (фетишизм). Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному примеру.
62. Составьте схему исследования для выявления нарушения психосексуальной ориентации по объекту (вуайеризм). Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному примеру.
63. Составьте схему исследования для выявления нарушения психосексуальной ориентации по возрасту объекта (эребофилия). Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному примеру.
64. Составьте схематическую программу исследования при аноргазмии у женщины, приведите пример, свидетельствующий о конкретном варианте аноргазмии. Приведите возможные способы психологической интервенции согласно выбранному примеру.
65. Составьте схематическую программу исследования при невротических расстройствах половой функции у мужчин. Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному примеру.
66. Составьте схему исследования для выявления шизофренического патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
67. Составьте схему исследования для выявления олигофренического патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
68. Составьте схему исследования для выявления экзогенно-органического патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
69. Составьте схему исследования для выявления эндогенно-органического патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
70. Составьте схему исследования для выявления личностно-аномального патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
71. Составьте схему исследования для выявления психогенно-невротического патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
72. Составьте схему исследования для выявления психогенно-психотического патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
73. Составьте схему исследования для выявления аффективно-эндогенного патопсихологического синдрома. Приведите пример, свидетельствующий об этом синдроме и особенностях его исследования.
74. Составьте схему патопсихологического обследования больных с диагнозом: «шизофрения». Приведите пример, свидетельствующий об этом диагнозе и особенностях его исследования. Составить диагностические заключения.

75. Составьте схему патопсихологического обследования больных с диагнозом: «эпилепсия». Приведите пример, свидетельствующий об этом диагнозе и особенностях его исследования. Составить диагностические заключения.

76. Составьте схему патопсихологического обследования больных с диагнозом: «циклотимия». Приведите пример, свидетельствующий об этом диагнозе и особенностях его исследования. Составить диагностические заключения.

77. Составьте схему патопсихологического обследования больных с диагнозом: «реактивная депрессия». Привести пример, свидетельствующий об этом диагнозе и особенностях его исследования. Составить диагностические заключения.

78. Составьте схему патопсихологического обследования больных с диагнозом: «органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС)». Привести пример, свидетельствующий об этом диагнозе и особенностях его исследования. Составить диагностические заключения.

79. Составьте схему патопсихологического обследования больных с диагнозом: «маниакально-депрессивный психоз». Привести пример, свидетельствующий об этом диагнозе и особенностях его исследования. Составить диагностические заключения.

80. Составить планы патопсихологического обследования больных при решении задач дифференциальной диагностики: шизофрения или органическое поражение ЦНС;

81. Составить планы патопсихологического обследования больных при решении задач дифференциальной диагностики: шизофрения или циклотимия;

82. Составить планы патопсихологического обследования больных при решении задач дифференциальной диагностики: шизофрения или тревожное расстройство.

83. Провести сравнительный анализ диагностических возможностей патопсихологических методик исследования мышления при обследовании больных с диагнозами: «шизофрения», «эпилепсия», «диффузное органическое поражение ЦНС».

84. Провести сравнительные анализ диагностических возможностей патопсихологических методик исследования сенсомоторной сферы и внимания.

85. Проанализировать диагностические возможности известных модификаций приемов исследования самооценки и уровня притязаний при использовании в психиатрической клинике.

86. Провести сравнительный анализ диагностических возможностей патопсихологических методик исследования памяти при обследовании больных с диагнозами: «шизофрения», «эпилепсия», «диффузное органическое поражение ЦНС».

87. Составьте схему исследования для выявления нарушения психосексуальной ориентации по объекту (нарциссизм). Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному

88. Составьте схему исследования для выявления нарушения психосексуальной ориентации по объекту (эксгибиционизм). Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному

89. Составьте схему исследования для выявления эгодистонической сексуальной ориентации у женщин. Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному примеру.

90. Составьте схему исследования для выявления эгодистонической сексуальной ориентации у мужчин. Приведите пример, свидетельствующий об отклонении. Составьте краткую схему возможного психологического вмешательства согласно выбранному примеру.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1 Пациент А. 35 лет. Наследственность не отягощена. Мать, 56 лет, бывший врач, спокойная, рассудительная, всегда старалась уделять внимание детям, не смотря на свою занятость. Отец, 57 лет, бывший преподаватель в медицинском университете. Из анамнеза: родился от второй, протекающей без патологии, беременности. В школу пошел в 7 лет, учеба давалась легко, было много друзей. Без проблем по своему желанию в 11 класс, дальше хотел учиться на врача, как мама. Поступил на лечебное дело в ВУЗе, где преподавал отец, на учёбе познакомился с девушкой, младше его на год. Встречались до окончания университета, но после ее выпуска расстались по ее инициативе в связи с ее переездом. Около 20 дней назад встретились случайно с той девушкой, «вспыхнули старые чувства». Пообщавшись, решили встретиться снова. На второй встрече девушка рассказала, что через неделю выйдет замуж, в город приехала встретиться с родителями, а после уезжает жить в Польшу. Со встречи пришел в расстроенных чувствах, сильно злился на нее, ибо ее согласие встретиться воспринял как «добрый знак». С того момента жизнь «потеряла краски». Психическое состояние: выглядит соответствующе возрасту. С самого утра ощущает себя «не в своей тарелке», ушел на больничный с работы, трудно было сосредоточиться на пациентах. Спит плохо, встает задолго до будильника и не может уснуть. Есть стал реже, нет аппетита. Раньше бегал по утрам «для поднятия настроения с утра», теперь забросил это увлечение, потому что не видит в нем смысла.

1. Выделите основные клинические симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ситуационная задача № 2 Больная К. 48 лет, на данный момент безработная, полгода назад была уволена с должности заведующая детским садом. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении малозаметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, сокращение сна и раннее пробуждение, снижение либидо и аппетита. Говорит, что испытывает чувство вины перед семьей, из-за того, что «Не оправдала их надежд». Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Ранее находилась на лечении в психиатрическом стационаре с депрессивным эпизодом, причиной считает «развод с первым мужем». Психологическое обследование показало, что у больной высокий уровень ангедонии, нарушения исполнительных когнитивных функций.

1. Выделите основные клинические симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ситуационная задача № 3 Пациентка О. 30 лет, вдова, есть один ребенок. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок, выраженная слабость, повышенная утомляемость, апатия, «мне стало лень все делать, усилия для совершения даже привычных повседневных действий стали слишком большими, чтобы предпринимать их ежедневно». Три года назад похоронила мужа. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена была оставить работу. Прекратила общение с подругами. «Появились мысли о том, что светлое прошлое, по-видимому, было случайным и, наверное, для меня неестественным, а в данном состоянии мне, вероятнее всего, придется прожить всю оставшуюся жизнь». До смерти мужа была жизнерадостным и деятельным человеком. Работала в детском саду воспитателем. В школьные годы занималась спортом и музыкой, с годами интерес стал угасать. Хронических заболеваний нет.

- Сформулируйте предварительный диагноз.

Ситуационная задача № 4 Больная Н., 36 лет. Росла и развивалась нормально, в полной семье. По характеру спокойная, доверчивая. Впервые заболела в 21 год, лечилась более 6 месяцев. Отмечались тоска, отчаянье, была двигательльно заторможена, медлительна, высказывала идеи самообвинения и самоуничижения. По выздоровлении неплохо себя чувствовала, училась, работала, вышла удачно замуж. В клинику до 36 лет больше не обращалась. Последнее время без видимой причины стала грустной, была подавлена, угнетена, почти перестала разговаривать, отвечала односложно. В клинике: заторможена отказывается от еды, высказывала идеи самообвинения. Спит плохо, мимика однообразная, скорбная, малоподвижная. На вопросы, касающиеся ее жизни, семьи, больная отвечать отказывается: «Ни к чему все это! Мой муж заслуживает лучшей жизни!»

Сформулируйте предварительный диагноз.

Ситуационная задача № 5 Больная Н, 35 лет, педагог в университете. Оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Одеты в яркую кофту с цветным рисунком. Волосы в беспорядке, но перехвачены яркой лентой. Губы накрашены ярко, глаза подведены. Всё вместе создает впечатление вульгарной особы. При беседе начинает тараторить: «Я совсем здорова! Только врач сказал, что у меня маниакальное состояние». В разговоре кокетничает, говорит: «Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил». Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением больших доз нейролептиков.

1. Выделите основные клинические симптомы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

Ситуационная задача № 6 Женщина 27 лет обратилась в дневной стационар для обследования по поводу «депрессии». Описывает эпизодические состояния грусти, начиная с подросткового периода. Временами она чувствует себя хорошо, но эти периоды редко длятся более 2 недель. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Описывая свои жалобы, фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах.

1. Выделите основной клинический синдром.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

Ситуационная задача №7 Подросток в возрасте 14 лет страдает психастеноподобным вариантом бронхиальной астмы. Длительность заболевания более 6 лет. Воспитывался в полной семье, где также имелись прародители. С раннего возраста подросток был полностью зависим от взрослых, самостоятельных решений никогда не принимал. Отличается повышенной тревожностью. Приступы бронхиальной астмы обычно появляются в ситуации необходимости принимать решения или во время контрольных в школе. Из-за приступа подростка обычно освобождают от занятий и прочего.

Как называется такой приступ, и как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?

Ситуационная задача № 8 Мужчина в возрасте 43 лет, работник городской администрации. С детства был склонен к приступам ярости и агрессии, что проявлялось уже в песочнице (отбирал у детей игрушки и дрался). Начиная с подросткового возраста, стал подчеркнута уступчивым, вплоть до того, что не мог постоять за себя. По мере взросления и начала работы на административной должности стала нарастать раздражительность, особенно, если сталкивался с препятствиями, которые казались ему непреодолимыми. Себя называл «ломовой лошадкой». Крайне боялся увольнения и смены работы. Излишнее чувство

ответственности всегда порождало у него усиление чувства гнева, неприязни и даже агрессивности по отношению к тем, кого он считал более удачливым в профессиональном плане. Постепенно у данной личности сформировалось состояние хронического напряжения и любая неординарная ситуация, в том числе не сложная, обуславливала у него повышение артериального давления.

Назовите расстройство у данного больного. Определите стратегия психотерапии.

Ситуационная задача № 9 Больной в возрасте 48 лет, инженер, страдает артериальной гипертонией в течение последних 10 лет. Отличается трудолюбием, упорядоченным поведением, контактностью, повышенной аккуратностью и добросердечностью. Это делает его вполне приятным и уступчивым пациентом. Однако, в процессе терапии, зачастую нарушает назначенное лечение. При попытке объяснить необходимость соблюдения всех рекомендаций врача от лечения просто уходит, зачастую не является на психотерапевтические занятия.

Какую тактику должен выбрать психотерапевт в отношении данного пациента?

Ситуационная задача № 10 Мужчина в возрасте 28 лет, банковский служащий, никогда не был женат, был единственным ребенком в семье, воспитывался только матерью и бабушкой. Был достаточно избалован ими и имел к ним чрезмерную привязанность. Когда больному было 15 лет, умерла бабушка. Данную ситуацию перенес крайне тяжело, ощущал чувство одиночества. На этом фоне возник первый криз в виде сосудистого приступа. Необходимо отметить, что бабушка страдала ишемической болезнью сердца. С этого периода стал тщательно следить за своим здоровьем, особенно за работой сердца. Также требовал от матери, чтобы она постоянно обследовалась. Несмотря на молодой возраст и необходимость работать сверхурочно, избегал любых физических нагрузок, отказывался от сверхурочной работы. Также избегал сексуальных контактов, т.к. ощущал «у него учащается сердцебиение», что по его мнению может привести к развитию инфаркта миокарда.

Назовите диагноз данного больного и дайте психотерапевтические рекомендации.

Ситуационная задача № 11 Женщина в возрасте 27 лет, замужем ранее не была, находится в разлуке с сексуальным партнером, жалуется на подавленность, гнев, страх перед одиночеством и отсутствием перспектив выйти замуж. Ощущение чувства «полной пустоты» стало поводом к интенсивной еде. Порой даже не замечает, что и сколько съедает. С детства всегда была полным ребенком. Сколько себя помнит, всегда на любое внешнее выражение каких-либо детских реакции мать и бабушка предлагали ей поесть. К подростковому возрасту стала считать себя «несовершенной», «несостоятельной» и очень ранимой. Сексуальный партнер, с которым у нее произошел разрыв, был первым мужчиной в ее жизни.

За последние 3 месяца прибавила в весе более чем 20 кг. Пыталась проходить курсы похудения, в том числе и до момента психотравмы, которые оказывались неэффективными.

Назовите причину нарастания ожирения. Дайте психотерапевтические рекомендации.

Ситуационная задача № 12 Пациентка В.С.Д., 41 год, педагог. Беспокоят головные боли, после эмоционального напряжения, шумы в ушах, и гул по всему телу в течении последних 5 лет. Боится заболеть раком. По характеру тревожная, воспитывалась одной матерью, в условиях повышенной ответственности и эмоциональной холодности. В настоящий момент проживает одна, «с мужчинами не складывается», по этому поводу очень переживает. На МРТ головного мозга - начальные признаки гипертрофии. Невролог не выявил выраженной патологии, сказал, что беспокоиться нет причин. Назначил циннаризин, мексидол и рекомендовал обратиться к психиатру. Препараты помогли, но ненадолго, пока

принимала лекарства. Психиатр рекомендовал феназепам, по пол-таблетки 2 раза в день. Объяснил, что не надо переживать по пустякам и нервничать. Однако патологические ощущения также появлялись сразу после прекращения медикаментозной терапии.

Назовите расстройство, механизм возникновения симптомов, план психотерапевтической работы.

Ситуационная задача № 13 Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним – не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепама, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повторится. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

Назовите расстройство, механизм его возникновения, план психотерапевтической работы.

Ситуационная задача № 14 Пациент М., 26 лет, безработный, обратился по поводу постоянного кашля. Уже в течении двух лет проходит обследования у врачей – интернистов по этому поводу, и, по их настоятельной рекомендации, и по настоянию матери, решил проконсультироваться у психотерапевта. Воспитывался гипернормативной, доминантной матерью, сейчас проживает с семьей родителей, большей частью просто лежит на диване (со слов матери). Имеет экономическое образование, хочет работать только в банке, однако везде при собеседовании получает отказ. От работы вместе с отцом – строителем на стройке – отказывается. Четыре года назад впервые вступил в интимные отношения с девушкой, но, почувствовав «проявления СПИДа» после этого, порвал с ней отношения, обвинив её в том, что «она его заразил». В течении двух последующих лет регулярно обследовался на наличие СПИДа, и всегда получал отрицательные результаты. Считает, что напрасно пришел к психотерапевту, так как у него – соматическое, а не психическое заболевание, и что это он сделал только по настоянию матери.

Укажите расстройство, выберите тактику психотерапии.

Ситуационная задача № 15 Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии.

Ситуационная задача № 16 Пациент К., 51 год, частный предприниматель. Обратился по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупно, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии.

Ситуационная задача № 17 Пациентка Э., 52 года, директор крупной финансовой компании. Жалуется на боли в области сердца, ощущение «перебоев, как будто сердце остановилось». Кардиолог исключил органический характер симптомов. Жалобы появились вскоре после того как узнала, что у мужа нетрадиционная сексуальная ориентация, около года назад. Сказала ей об этом взрослая дочь, которая обнаружила случайно переписку отца в интернете с любимым, подвела мать к компьютеру и сказала - «вот до чего твоя работа довела». В течение года пациентка пыталась восстановить интимную жизнь с мужем, которой не было уже около 15 лет, при этом отмечает, что никогда не испытывала потребности в этом. Однако её усилия привели только к ухудшению отношений. Сейчас собирается развестись с мужем, он категорически против этого, объясняя, что все-таки ощущает психологическую потребность в семье, в дочери, в сохранении социальных связей с друзьями семьи. Мужу 55 лет, занимает «хорошую должность», тщательно скрывает свою личную жизнь от посторонних, в течении 8 лет – в близких отношениях с мужчиной младше его на 12 лет. На консультации настоял муж, так как хочет сохранить семью.

Укажите расстройство, выберите тактику психотерапии.

Ситуационная задача № 18 Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул – «с женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками. Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Суицидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы.

Укажите расстройство, выберите тактику психотерапии.

Ситуационная задача № 19 Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочери. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя

так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

Ситуационная задача № 20 Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Что это такое?

Ситуационная задача № 21 Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

Что это такое?

Ситуационная задача № 22. Больная Р., 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит.... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохранными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания.

Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

Что это такое?

Ситуационная задача № 23 Больной О., 42 лет, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем больной несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу, и он был помещен в психиатрический стационар.

К какой психической патологии можно отнести описанную картину заболевания?

Ситуационная задача № 24 Вася А., 10 лет. Обратились мать и учительница с жалобой на низкую и неравномерную успеваемость ребенка. Из беседы с матерью стало известно, что беременность протекала с угрозой срыва, роды были скоростными, ребенок родился в асфиксии. В течение первого года жизни ребенок состоял на учете у невропатолога, однако все навыки осваивал своевременно. Ребенок посещал детский сад и успешно справлялся с программой, в школу пошел подготовленным. В последнее время учится в обычной школе и посещает музыкальные занятия. Дома Вася часто жалуется на головную боль, с трудом засыпает. В школе успеваемость неравномерная: иногда «забывает» хорошо известные ему вещи, иногда успешно справляется со сложными заданиями.

При психологическом обследовании испытуемый охотно вступает в контакт, стремится к достижениям. Работоспособность низкая, выражена истощаемость по гипостеническому типу. Тип сенсомоторики медленный, затруднено формирование динамического стереотипа. Объем внимания – низкая норма, переключаемость и распределение недостаточны. Механическое запоминание – в пределах нормы, стереотипное воспроизведение недостаточно. Уровень интеллекта соответствует возрастной норме, нарушений мышления не обнаружено. При выполнении графических проб отмечается недостаточность тонкой координации движений, утрата отдельных деталей изображения, нарушение пропорций фигур. Самооценка адекватная. Отмечается выраженная школьная тревожность. Уровень притязаний несколько занижен, однако реакция на успех и неудачу адекватная.

1. Какой тип нарушений в развитии ребенка отмечается?
2. Какие необходимо предпринять меры?

Ситуационная задача №25 Оля П., 8 лет. Обратилась учительница с жалобой на неуспеваемость и нарушение поведения на уроках. Девочка с трудом усваивает навыки

чтения, письма, счета, на уроках иногда встает из-за парты, выкрикивает, дерется на переменках с детьми.

Из беседы с матерью удалось выяснить, что девочка родилась, росла и развивалась нормально до 5 лет. В 5 лет перенесла тяжелую форму кори с явлениями менингита. После этого стала раздражительной, двигательной расторможенной. Перед поступлением в школу Оля упала с качелей и пробыла несколько дней в больнице с сотрясением мозга. Теперь девочка с трудом готовит уроки, негативно относится к домашним заданиям, неусидчива.

При патопсихологическом обследовании отмечается истощаемость по гипостеническому типу. Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено; осмысление, ассоциативное запоминание значительно лучше. Интеллект – нижняя граница возрастной нормы. При исследовании функций мышления отмечаются отдельные решения в «исключениях» и «классификации», основанные на конкретных наглядных признаках. При указании на ошибки возможна их самостоятельная коррекция.

Эмоции лабильны. Самооценка несколько завышена, однако имеются точные представления об отношении к себе со стороны окружающих.

При нейропсихологическом обследовании отмечается, что зрительный и слуховой гнозис не нарушены, соматосенсорный гнозис – с отдельными ошибками. Решение конструктивных заданий – в медленном темпе. Фонематический слух не нарушен. Импрессивная речь нарушена, особенно понимание сложных лексико-грамматических конструкций. Слуховая память недостаточна.

1. Какова причина нарушений в поведении и неуспеваемости?
2. Как может быть решен вопрос об обучении?

Ситуационная задача № 26 Андрей М., 9 лет. Обратилась учительница с жалобой, что учащийся не усваивает навыков чтения и письма, дублирует программу 3-го класса. Поведение на уроках и переменках не нарушено. Успеваемость по математике и другим предметам – средняя.

Из беседы с матерью выяснилось, что ребенок родился, рос и развивался нормально. Развитие речи несколько запаздывало: говорить отдельные слова Андрей стал к 1,5 годам, фразовая речь появилась к 4 годам. Отмечались нарушения в произношении отдельных звуков, ребенок занимался с логопедом в поликлинике в течение 3 месяцев. Затем мать прекратила занятия, так как считала их неэффективными. Андрей посещал детский сад, но к поступлению в школу знал только отдельные буквы, читать не умел. Во время обучения в школе мать регулярно занимается с ребенком дома, читает ему все задания вслух.

При патопсихологическом обследовании испытуемый охотно вступает в контакт, справляется с предложенными заданиями.

Отмечается некоторая истощаемость психических процессов по гипостеническому типу. Объем, концентрация и переключаемость внимания не нарушены. Слухоречевая память недостаточна, запоминание невербализуемых фигур – высокая норма. При исследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение невербальных тестов – высокая норма, вербальных – нижняя граница нормы. Затруднен фонематический анализ и синтез слова, испытуемый путает отдельные фонемы: ш, с, ц; при фонематическом анализе к этому присоединяются пропуски гласных. Такого типа ошибки встречаются в письменной речи.

Самооценка занижена, ребенок считает себя «глупым», «неспособным», уровень притязаний, особенно при выполнении вербальных тестов, низкий. Отмечается выраженная школьная тревожность.

1. Какая предположительная причина неуспеваемости?
2. Какие нарушения первичны, а какие вторичны?

3. Консультация какого специалиста обязательна?

Ситуационная задача № 27 Надя П., 8 лет. Девочка направляется на психолого-медико-педагогическую консультацию с целью решения вопроса о месте обучения. Она обучается в 1-м классе, дублирует программу. Навыки чтения и письма не усвоила; устный счет – в норме; решение задач, выполнение письменных примеров – значительно хуже.

Из беседы с матерью известно, что роды были патологическими, с затылочным предлежанием. В течение первого года жизни девочка росла и развивалась нормально. Развитие речи своевременное. Посещала детский сад с 3 лет. В детском саду были трудности при рисовании, аппликации, долго не могла выучить буквы, цифры. Пишет их иногда зеркально.

При патопсихологическом обследовании девочка охотно вступает в контакт, с интересом относится к заданиям, стремится к достижениям. Работоспособность равномерная. Объем и концентрация внимания не нарушены, переключаемость несколько затруднена.

Механическое запоминание успешно: 6, 7, 10.

Выполнение вербальных заданий успешно, доступны исключения, обобщения, определение понятий, аналогии.

При выполнении методики «Кубики Кооса» отмечается выраженное нарушение зрительного анализа и синтеза, доступно только выполнение заданий из 4 кубиков при оказании организующей помощи. При выполнении графических проб – резкие нарушения пропорций и прозрачности в рисунке.

При чтении и письме путаются буквы, сходные при написании: ш, щ, и, н. Затруднено опознание цифр, путаются 6 и 8. Не усвоены правила написания двухзначных и трехзначных цифр: 14 и 41 воспринимаются одинаково. Затруднено понимание сложных лексико-грамматических конструкций, включающих отношения между существительными: «мать сестры» и «сестра матери» не различаются.

Самооценка высокая, уровень притязаний высокий, неустойчивый. Школьная тревожность умеренная. Выражено негативное отношение к процессу чтения и письма.

1. Какова предположительная причина неуспеваемости?

2. Обучение по какой программе желательно?

3. Консультация какого специалиста необходима?

Ситуационная задача № 28 Галя В., 13 лет. Обратилась учительница с жалобой на отвлекаемость, нарушение поведения (внезапные уходы из школы). Успеваемость средняя.

Из беседы с мамой выяснилось, что девочка росла и развивалась нормально. Наследственность отягощена – отец страдает эпилепсией. В течение последнего года девочка переболела скарлатиной, пневмонией. Летом после перегрева на солнце наблюдался судорожный припадок с потерей сознания. Сейчас девочка иногда «отвлекается», не всегда отвечает на вопросы. Дважды уходила из школы и оказывалась в незнакомом ей месте. Девочка жалуется на периодические «отключения», которые сама не замечает, знает о них со слов окружающих.

При патопсихологическом обследовании контакт не нарушен. Затруднена вработываемость. Объем и переключаемость внимания недостаточны. Отмечаются кратковременные, продолжительностью до 10 секунд эпизоды помрачения сознания. В момент приступа девочка застывает, глаза открыты, не слышит обращенной речи и не отвечает сама. После приступа спокойно возвращается к прерванной деятельности.

Механическое запоминание успешно: 8, 10. Интеллект – в границах нормы. Доступны задания «исключения», «обобщения», «определения понятий». Зрительный анализ и синтез не нарушены.

При исследовании личности отмечается высокая самооценка; высокий уровень притязаний, слабо зависящий от успешности. Отмечаются такие черты характера, как вспыльчивость, злопамятность.

1. С каким нарушением психической деятельности может быть связано состояние девочки?

2. Консультации каких специалистов обязательны?

Ситуационная задача № 29 Андрей М., 10 лет. Направлен на психолого-медико-педагогическую консультацию с целью решения вопроса о месте и форме обучения. Занимается в 3-м классе обычной школы, программу не усваивает, отмечаются частые драки со сверстниками и более младшими по возрасту детьми.

Из беседы с матерью известно, что мальчик родился в асфиксии, в течение первого года жизни состоял на учете у невропатолога. Затем с 3 лет появились судорожные приступы при простудных заболеваниях, если температура была выше 37,5 °С.

Навыки ходьбы, речи ребенок усваивал своевременно. С 4 лет посещал детский сад. С 5 лет появились большие судорожные приступы с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. После приступа наступает сон. Частота приступа – раз в 2 – 3 месяца. По совету бабушки с бабушкой мать к врачам не обращалась, ребенок лечился у «народных целителей». В школу ребенок пошел подготовленным (умел читать, писать, счет в пределах 10), но постепенно успеваемость снизилась, появились нарушения в поведении.

При патопсихологическом исследовании контакт устанавливается постепенно, для понимания инструкции необходимо ее неоднократное медленное повторение. Выражена инертность психических процессов, затруднена вработываемость, медленный темп сенсомоторики. Объем и переключаемость внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено: 2, 3, 3, 5, 5, 6, 6 с называнием одних и тех же слов. Исключения и обобщения производятся в основном по конкретно-наглядным признакам, аналогии недоступны. Нарушен зрительный синтез фигур «Кубиков Кооса». При выполнении графических проб отмечается уменьшение размера рисунка, детализация.

Какой тип нарушения психического развития вероятен?

Ситуационная задача № 30 Денис М., 6 лет. Обратилась мать с сыном с жалобой на задержку в формировании речи и странности в поведении. Со слов матери ребенок родился в срок, с нормальным весом и ростом. Отказывался брать грудь, долго не формировался «комплекс оживления». Несмотря на это, раннее развитие соответствовало норме, первые слова появились в 9 мес, навыки ходьбы – в 1 год и 2 мес. Детский сад ребенок не посещает, воспитывается дома. В настоящее время у ребенка присутствует фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, себя называет «ты» или «Денис», мать может назвать «я». Из вопросов употребляется только «где?» и то крайне редко. Речь представляет собой комментарий всех событий, происходящих с ребенком, его действий и желаний. Часты неологизмы, иногда непонятные для окружающих: «Чурля-ка», «Небияк» и т. д. Новые, похожие по звучанию слова ребенок может повторять в течение нескольких дней, не интересуясь их содержанием.

Моторика развита слабо, плохо, часты стереотипные действия: раскачивания, переступания с ноги на ногу; рисует одинаково правой и левой рукой, иногда двумя сразу. Карандаш удерживает в кулаке.

Себя ребенок обслуживает: самостоятельно ест, одевается. Выражена избирательность в еде, страх перед новой пищей. Помимо этого, Денис боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми. Мать беспокоят такие особенности ребенка. Она

хотела бы решить вопрос о форме и месте обучения. Ребенок умеет читать, считать в пределах 100, легко читает трехзначные числа.

При патопсихологическом обследовании контакт с ребенком удается установить только в процессе совместного рисования. До этого он ходит по кабинету, дотрагивается до предметов и мебели, обследует их. Игрушки иногда лижет. На присутствие в комнате психолога никак не реагирует. В ходе совместного рисования называет тему своего рисунка: «Денис рисовать ежей» и рисует подряд на пяти листах одинаковых ежей. Возможно рисование по просьбе экспериментатора. Другие задания не выполняются, выражены реакции пассивного протеста. Возможно выполнение простых инструкций: «Дай мяч», «Положи карандаш». Зрительного контакта с психологом нет, на прикосновения – реакция избегания.

Рисунки, с точки зрения ребенка, неудачные, он тут же рвет и бросает обрывки в определенный угол кабинета; удачные вырезает и пытается наклеить на стену кабинета. За помощью не обращается ни к психологу, ни к матери.

1. Какой тип нарушения психического развития возможен в данном случае?
2. Консультация какого специалиста обязательна?
3. Возможно ли обучение в обычной школе?

2.2. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

Подготовка к государственному экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, умений и навыков, полученных в процессе обучения, а также применению их в решении профессиональных задач.

При подготовке к государственному экзамену необходимо учитывать, что экзаменационный билет государственного экзамена включает два теоретических вопроса и одну ситуационную задачу. Первый и второй вопросы экзаменационного билета относятся к общим теоретико-методологическим вопросам, имеющим фундаментальный характер и позволяющим выявить общую теоретическую подготовку выпускника в области клинической психологии. Эти вопросы отражают тенденции современного состояния и развития науки и практики клинической психологии. Третий вопрос направлен на решение практической ситуации, требующей владения определённой схемой практических действий по диагностике и психотерапии специфических психических расстройств; решение ситуационной задачи позволяет выпускнику продемонстрировать владение всеми видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета.

В период подготовки к государственному экзамену целесообразно обратиться к учебно-методическому материалу, в том числе к материалам лекций, конспектов, выполненных на учебных занятиях, рабочих программ дисциплин и программ практик, основной и дополнительной литературы. Целесообразно пользоваться материалами, представленными в Научной библиотеке ЮУГМУ.

С целью упорядочения подготовки к государственному экзамену и обеспечения его качества проводится предэкзаменационная консультация. На предэкзаменационной консультации обучающемуся предоставляется возможность задать вопросы преподавателю по тем разделам и темам, которые вызывают затруднение в восприятии или требуют уточнений.

Экзамен проводится в устной форме ответа на вопросы экзаменационного билета. За отведенное для подготовки время выпускник должен сформулировать четкий ответ по каждому вопросу билета. Во время подготовки рекомендуется записывать на лист ответа основные тезисы содержания ответа, составить развернутый план, которому необходимо следовать во время собеседования.

К ответу выпускника на государственном экзамене предъявляются следующие требования:

- ответ должен строго соответствовать объему вопросов билета;
- ответ должен полностью исчерпывать содержание вопросов билета;
- выступление на государственном экзамене должно соответствовать нормам и правилам публичной речи, быть четким, обоснованным, логичным.

Обучающийся должен быть готов и к дополнительным (уточняющим) вопросам, которые могут задать члены государственной экзаменационной комиссии. Дополнительные вопросы задаются членами государственной комиссии в рамках билета и связаны, как правило, с неполным ответом. Уточняющие вопросы задаются, чтобы конкретизировать мысли обучающегося или удостовериться, что обучающийся связывает те или иные теоретические положения практикой клинической психологии. Полный ответ на уточняющие вопросы лишь усиливает эффект общего ответа обучающегося.

При подготовке к государственному экзамену обучающемуся необходимо ознакомиться с особенностями проведения ГЭ, представленными в разделе 2 настоящего документа, также пользоваться методическими материалами, представленными на официальном сайте университета в разделе «Выпускнику» на странице факультета клинической психологии и социальной работы.

2.3. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература

1. Клиническая психология [Текст] : учеб. / под ред. Б.Д. Карвасарского. - 3-е изд., стер. - СПб. : Питер, 2007. - 960 с.
2. Лакосина Н.Д. Клиническая психология [Текст] : учеб. / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. - 3-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2007. - 416 с.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология [Текст] : практ. рук. / В.Д.Менделевич. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2002. - 592 с.

Дополнительная литература:

1. Базаркина И.Н., Сенкевич Л.В., Донцов Д.А. Психодиагностика. Практикум по психодиагностике [Электронный ресурс] : учебно-методический комплекс / Базаркина И.Н., Сенкевич Л.В., Донцов Д.А. - М.: Человек, 2014. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785906131409.html>
2. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию [Текст] : учеб. пособие для вузов / Г. В. Залевский. - М. : Академия, 2012. - 208 с.
3. Зверева Н.В. Клиническая психология детей и подростков [Текст] : учеб. / Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева. - 2-е изд., испр. - Москва : Академия, 2015. - 272 с.
4. Клиническая психология. В 4 т. [Текст] : учеб. для вузов / под ред. А.Б.Холмогоровой; Московский гор. психолого-пед. ун-т; фак. психолог. консультирования. - М. : Академия. - (Высшее проф. образование). т.1 : Общая патопсихология. - 2-е изд., испр. - 2013. - 464 с.
5. Клиническая психология. В 4 т. [Текст] : учеб. для вузов / под ред. А.Б.Холмогоровой; Московский гор. психолого-пед. ун-т; фак. психолог. консультирования. - М. : Академия, 2013. - (Высшее проф. образование). т.2 : Частная патопсихология. - 2-е изд., стер. - 2013. - 432 с.
6. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия [Текст] : учеб. пособие для вузов / Р.Кочюнас. - Москва : Гаудеамус: Фонд "Мир", 2005. - 464 с.

7. Ларенцова Л. И., Смирнова Н. Б. "Психология взаимоотношений врача и пациента [Электронный ресурс] : учеб. пос. / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова - М. : ЭКЗАМЕНОТАР-Медиа, 2014. - (Серия "Психология для стоматологов")." - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429358.html>
8. Мастерская психологического консультирования . - Москва : Пер_Сэ, 2003. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5929200963.html>
9. Немов Р. С. Психологическое консультирование [Текст] : учеб. для вузов / Р. С. Немов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Юрайт, 2011. - 575 с.
10. Никольская И.М. Семейная социограмма в психологическом консультировании [Текст] : учеб. пособие / И. М. Никольская , В. В. Пушина. - СПб. : Речь, 2010. - 223 с.
11. Попова Р.Р. Детская клиническая психология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Р.Р. Попова - Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785000192962.html>
12. Середина Н.В.. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Середина, Д. А. Шкуренко ; под ред. В.П. Ступницкого. - Ростов н/Д : Феникс, 2003. - 512 с.
13. Сидоров П.И. Клиническая психология [Текст] : учебник / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ЭКЗАМЕНОТАР- Медиа, 2008. - 880 с.
14. Сидоров П.И., Парняков А.В Клиническая психология [Электронный ресурс] / Сидоров П.И., Парняков А.В - М.: ЭКЗАМЕНОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414071.html>
15. Хозиева М. В. Практикум по возрастнo-психологическому консультированию [Текст] : учеб. пособие / М.В.Хозиева. - 2-е изд., испр. - М. : Издательский центр "Академия", 2005. - 320 с.

2.4 Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Библиотека сайта MedLinks.ru <http://www.medlinks.ru/> ,
2. Электронная библиотека (книги по психологии, психотерапии, саморазвитию) <http://www.koob.ru/>,
3. Электронная библиотека Института Психотерапии и Клинической психологии (г.Москва) <https://psyinst.moscow/biblioteka/>

2.5 Критерии оценки сдачи государственного экзамена

«Отлично» – выпускник владеет современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств, методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики самостоятельному проведению психологических экспертиз и составлению заключений в соответствии с задачами экспертизы, составляет социально-ориентированные программы психотерапии, коррекции и реабилитации; отвечает уверенно, проявляет полное владение компетенциями.

«Хорошо» – выпускник ориентируется в содержательном материале, отвечает без особых затруднений на вопросы; демонстрирует осведомленность применения полученных знаний на практике; в ответах не допускает серьезных ошибок, легко устраняет отдельные неточности самостоятельно или с помощью дополнительных вопросов; отвечает уверенно, проявляет в основном полное владение компетенциями.

«Удовлетворительно» – выпускник ориентируется в основном содержании материала, испытывает затруднения при решении ситуационной задачи; ответ требует дополнительных

и уточняющих вопросов; допускаются ошибки, которые в целом корректируются в ходе собеседования; возможны ошибки в некоторых содержательных деталях, которые не замечаются выпускником; отвечает с частичной уверенностью, проявляет владение компетенциями на минимально допустимом уровне.

«Неудовлетворительно» – выпускник имеет отдельные представления по излагаемым вопросам; ситуационная задача не решена или решена неправильно; допускаются грубые ошибки, ответы на дополнительные вопросы неверные или отсутствуют; отвечает неуверенно, проявляет частичное владение или полное невладение компетенциями.

3 ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПУСКНЫМ КВАЛИФИКАЦИОННЫМ РАБОТАМ И ПОРЯДКУ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ

Выпускная квалификационная работа представляет собой выполненную обучающимся (несколькими обучающимися совместно) работу, демонстрирующую уровень подготовленности выпускника к самостоятельной профессиональной деятельности.

Выпускная квалификационная работа и ее защита определяют уровень освоения выпускником следующих компетенций:

общекультурные компетенции

способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);

способностью использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2);

способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3);

способностью использовать основы экономических знаний в различных сферах жизнедеятельности (ОК-4);

способностью использовать основы правовых знаний в различных сферах жизнедеятельности (ОК-5);

готовностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-6);

готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала (ОК-7);

способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-8);

способностью использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

общепрофессиональные компетенции

способностью решать задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);

готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности (ОПК-2);

готовностью руководить коллективом в сфере своей профессиональной деятельности, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОПК-3).

профессиональные компетенции, соответствующие видам профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета:

научно-исследовательская деятельность:

готовностью разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные в виде научных статей и докладов (ПК-1);

психодиагностическая деятельность:

готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) (ПК-2);

способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик (ПК-3);

способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях (ПК-4);

консультативная и психотерапевтическая деятельность:

способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-5);

способностью осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и "терапевтическую среду" (ПК-6);

готовностью и способностью осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития (ПК-7);

экспертная деятельность:

готовностью квалифицированно проводить психологическое исследование в рамках различных видов экспертизы (судебно-психологической, военной, медико-социальной и медико-педагогической экспертизы), анализировать его результаты, формулировать экспертное заключение, адекватное задачам экспертизы и запросам пользователя (ПК-8);

педагогическая деятельность:

способностью формулировать цели, проводить учебные занятия с использованием инновационных форм и технологий обучения, разрабатывать критерии оценки результатов образовательного процесса, проводить супервизию педагогической, научно-исследовательской и практической работы обучающихся (ПК-9);

психолого-просветительская деятельность:

готовностью формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром, популяризировать психологические знания (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

способностью организовывать условия трудовой деятельности с учетом индивидуально-личностных возможностей работника с целью снижения риска последствий нервно-психического напряжения, стресса, предупреждения психосоматических заболеваний (ПК-11);

способностью организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций (ПК-12);

проектно-инновационная деятельность:

способностью выбирать и применять клинико-психологические технологии, позволяющие осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики (ПК-13);

готовностью сопровождать инновации, направленные на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей (ПК-14).

профессионально-специализированные компетенции, соответствующие специализации программы специалитета:

специализация № 3 «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»:

способностью и готовностью к овладению теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях (ПСК-3.1);

способностью и готовностью к овладению современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств (ПСК-3.2);

способностью и готовностью к овладению теоретическими основами и методами классических и современных направлений психотерапии (ПСК-3.3);

способностью и готовностью к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики (ПСК-3.4);

способностью и готовностью к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации (ПСК-3.5);

способностью и готовностью к применению на практике методов патопсихологической диагностики состояния психического здоровья и адаптационных возможностей больных для реализации задач психопрофилактики, психологической коррекции, реабилитации и психотерапии (ПСК-3.6);

способностью и готовностью к самостоятельному проведению психологических экспертиз и составлению заключений в соответствии с задачами экспертизы и нормативно-правовыми документами (ПСК-3.7);

способностью и готовностью к применению на практике диагностических методов и процедур для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности больного (ПСК-3.8);

способностью и готовностью к применению методик индивидуально-типологической (личностной) диагностики для решения психотерапевтических и реабилитационных задач (ПСК-3.9);

способностью и готовностью к разработке и осуществлению личностно- и социально-

ориентированных программ психотерапии, коррекции и реабилитации (ПСК-3.10);

способностью и готовностью к применению современных методов оценки и оптимизации качества жизни больных с психическими расстройствами, а также членом их социальных сетей (ПСК-3.11);

способностью и готовностью к взаимодействию со работниками в области охраны психического здоровья, с работниками экспертных организаций и учреждений социальной защиты населения (ПСК-3.12).

3.1 Требования к ВКР

Выпускная квалификационная работа специалиста выполняется в форме дипломной работы. Общая характеристика ВКР регламентируется СМК П 07-2016 «Положение о государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата и программам специалитета» и СМК П 10-2017 Требования к рефератам, контрольным, курсовым и выпускным квалификационным работам.

Структурными элементами выпускной квалификационной работы являются:

- титульный лист;
- оглавление;
- обозначения и сокращения (при необходимости);
- введение;
- основная часть;
- заключение (выводы);
- список литературы;
- приложения (при наличии).

Оптимальный объем ВКР должен составлять 60-90 страниц машинописного текста с учетом приложений в зависимости от характера исследования.

Во Введении дается постановка проблемы, раскрывается актуальность и новизна темы, ее научная и практическая значимость, основные направления ее исследования, освещается степень разработанности проблемы. Определяются объект и предмет исследования, формулируются цель, задачи и гипотеза исследования. Во введении также обосновываются методы исследования, представляется эмпирическая база исследования, объем и структура выборки. Общий объем введения составляет примерно 5-6 страниц.

Основная часть работы по содержанию включает две главы – теоретическую и практическую. Структурно основная часть выпускной квалификационной работы делится на главы и параграфы (при необходимости параграфы делятся на пункты и подпункты). Количество глав и параграфов основной части должно соответствовать количеству задач, обозначенных во введении. Каждый из разделов, имеющий самостоятельный заголовок, должен представлять собой законченный в смысловом отношении фрагмент работы, он должен раскрывать определенную сторону поставленной проблемы и служить достижению определенной цели. Названия глав и параграфов должны соответствовать их содержанию и не должны дублировать друг друга. В структуре основной части, как правило, выделяется не менее двух глав, а в их составе – не менее двух параграфов. Недопустимо выделение главы без параграфов. По каждой главе основной части работы должны быть сделаны основные выводы.

В Заключении делаются обобщающие выводы по итогам исследования, дается решение поставленной проблемы, а также показываются перспективы дальнейшей разработки темы. Заключение по объему, как правило, не превышает 2-3 страниц.

В списке литературы дается перечень изученных материалов в соответствии с требованиями к оформлению библиографии. Список должен включать не менее 40 наименований.

В Приложение помещают вспомогательные или дополнительные материалы, которые дополняют основной текст работы. В приложения, как правило, выносят иллюстрации, таблицы, графики и другие аналитические материалы проведенного исследования, подробное содержание документов, программ, методик.

Общие требования к содержанию ВКР:

- актуальность;
- научно-исследовательский характер;
- практическая значимость;
- четкая структура, завершенность;
- логичное, последовательное изложение материала;
- обоснованность выводов и предложений.

Примерная тематика выпускных квалификационных работ

1. Особенности использования проективных методов в патопсихологической диагностике самосознания подростков.
2. Особенности суицидального поведения подростков (и варианты психологической помощи).
3. Особенности групповой психотерапии подростков с реакциями на тяжелый стресс и расстройствами адаптации.
4. Музыкалотерапия при нарушениях речи и познавательных процессов.
5. Эмоциональные расстройства у больных афазией.
6. Особенности зрительной и слухоречевой памяти у левшей и правшей.
7. Нарушения межполушарного взаимодействия при локальных поражениях мозга.
8. Апробация методов нейропсихологической диагностики и коррекции для разных возрастных групп.
9. Нейропсихологический анализ мнестических процессов на разных этапах онтогенеза.
10. Особенности нарушения познавательных психических процессов у детей и подростков, больных шизофренией (детским аутизмом).
11. Особенности вербальных ассоциаций у психически больных.
12. Особенности выполнения методики «Пиктограмма» разными группами психически больных.
13. Особенности детско-родительских отношений в семьях больных нервной анорексией.
14. Особенности нарушений общения и эмоций при психических заболеваниях.
15. Особенности самосознания при девиантном и аддиктивном поведении.
16. Особенности личностного отреагирования критических ситуаций.
17. Особенности нарушений речи при поражении глубинных структур мозга.
18. Внутренняя картина болезни у больных с поражениями мозга.
19. Особенности развития высших психических функций у детей с признаками интеллектуальной одаренности.
20. Перфекционизм в структуре личности у больных с депрессиями
21. Особенности проекции в рисунках подростков, больных шизофренией
22. Особенности зрительного и слухоречевого восприятия у девушек в фертильном периоде

23. Связь нарушений мышления и графической деятельности у детей больных шизофренией (по материалам патопсихологической и РЭР диагностики)
24. Невротические депрессии у школьников
25. Особенности фантазирования у больных шизофренией
26. Особенности памяти и внимания у детей с ранним началом шизофрении
27. Особенности формирования Я-концепции у больных шизофренией
28. Особенности эмоциональной сферы подростков с парциальными формами эпилепсии
29. Сказкотерапия как метод развития коммуникативных навыков у подростков с девиантным поведением.
30. Особенности мнестических нарушений в зависимости от нейрокогнитивного профиля у пациентов с деменцией.
31. Нейропсихологический анализ апраксий при деменции
32. Сравнительный анализ гностических нарушений в пожилом и старческом возрасте
33. Нейропсихологический анализ когнитивных нарушений у пациентов при деменциях «лобного типа»
34. Особенности нейрокогнитивного профиля у пациентов соматического стационара
35. Оценка факторов суицидального риска у подростков, страдающих полинаркотизмом
36. Влияние факторов личностного реагирования на формирование соматизированных депрессий у женщин фертильного возраста
37. Клинико-психологические особенности личности преступника и ее влияние на характер совершённого деяния
38. Психокоррекционная программа по адаптации получателей стационарных социальных услуг с интеллектуальным дефектом к условиям самостоятельной жизни
39. Клинико-психологическая пропедевтика случая соматического заболевания

3.2 Порядок выполнения ВКР

Порядок назначения / выбора темы ВКР проводится в соответствии с СМК П 07-2016 «Положение о государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата и программам специалитета».

После закрепления за обучающимся руководителя выполнение ВКР проводится в индивидуальной форме с систематическими консультациями в соответствии с графиком консультаций кафедры.

Выполнение ВКР проводится в ходе преддипломной практики.

Обучающийся под руководством преподавателя готовит сначала теоретическую часть ВКР, после согласования ее окончательного варианта, получения теоретических выводов выполняется практическая часть ВКР.

Выполнение практической части ВКР предваряется разработкой ее плана, актуализацией этических и деонтологических норм и правил проведения, способов обработки эмпирических данных и их представления в тексте работы.

После выполнения теоретической и практической частей ВКР проводится оформление текста, корректировка вводной части, списка литературы.

Оформление текста проводится в соответствии с СМК П 10-2017 Положение «Требования к рефератам, контрольным, курсовым и выпускным квалификационным работам».

Подготовка к защите выпускной квалификационной работы

Обучающийся передает оформленную ВКР в бумажном и электронном виде руководителю ВКР не позднее, чем за 1 месяц до начала государственной итоговой аттестации.

Руководитель ВКР передает электронную версию ВКР в деканат факультета для проверки на объем заимствования, результаты проверки в течение 7 рабочих дней передаются руководителю в виде отчета. Если объем заимствования больше допустимой величины, ВКР возвращается на доработку. Рекомендуемый объем оригинального текста не должен быть ниже 70% с учетом корректного цитирования.

Тексты выпускных квалификационных работ, за исключением текстов выпускных квалификационных работ, содержащих сведения, составляющие государственную тайну, после защиты ВКР размещаются в электронно-библиотечной системе в соответствии с СМК П 07. Для этого специалист деканата передает электронную версию ВКР специалисту научной библиотеки ЮУГМУ в течение 10 рабочих дней после защиты. Печатный вариант ВКР хранится в деканатах 5 лет.

Порядок размещения текстов выпускных квалификационных работ в электронно-библиотечной системе организации, проверки на объем заимствования, в том числе содержательного, выявления неправомерных заимствований, установлен СМК П 10-2017.

Все ВКР проверяются на объём заимствования. Для этого выпускник передает оформленную ВКР в бумажном и электронном виде руководителю ВКР не позднее, чем за 1 месяц до начала ГИА. Руководитель ВКР передает электронную версию ВКР в деканат факультета для проверки на объем заимствования, результаты проверки в течение 7 рабочих дней передаются руководителю в виде отчета. Если объем заимствования больше допустимой величины, ВКР возвращается на доработку. Рекомендуемый объем оригинального текста не должен быть ниже 70% с учетом корректного цитирования. На проверенную ВКР руководитель ВКР готовит письменный отзыв о работе выпускника в период подготовки ВКР, который вместе с отчетом о результатах проверки на объем заимствования рассматривается на заседании кафедры.

Руководитель ВКР несет ответственность за своевременную проверку на заимствования ее системой «Антиплагиат». На основе результатов проверки ВКР системой «Антиплагиат» и содержания ВКР руководитель ВКР проводит анализ об объёме заимствования, в том числе содержательного, с выявлением неправомерных заимствований. В случае выявления неправомерных заимствований, в том числе содержательных, некорректного цитирования, руководитель ВКР доводит данный факт до заведующего кафедрой и до выпускника, данное обстоятельство учитываются на предварительной защите.

На проверенную ВКР руководитель ВКР готовит письменный отзыв о работе обучающегося в период подготовки ВКР, который вместе с отчетом о результатах проверки на объем заимствования рассматривается на заседании кафедры. Далее ВКР передается на рецензирование.

Перед защитой ВКР на заседании ГЭК кафедра проводит предварительную защиту всех ВКР. Заведующий кафедрой формирует из профессорско-преподавательского состава кафедры комиссии по предварительной защите. Назначается председатель, секретарь и члены комиссии, числом не менее трёх человек. Предварительная защита проводится не позднее, чем за три недели до защиты. Замечания и дополнения к ВКР, высказанные на предзащите, обязательно учитываются обучающимся до представления работы в ГЭК. Выписка из заседания кафедры о проведении предзащиты представляется в деканат.

ВКР после предварительной защиты передается выпускником рецензенту.

Рецензент проводит анализ ВКР и представляет письменную рецензию на ВКР, в которой указывается актуальность работы, адекватность методов исследования, логика исследования, полнота выполнения задач ВКР, теоретическая и практическая значимость, заключение рецензента о рекомендации допуска ВКР к защите. Рецензия подписывается.

Подпись рецензента, работающего не в университете, заверяется в отделе кадров организации, в которой он работает.

Руководитель ВКР знакомит обучающегося с отзывом и рецензией не позднее, чем за 5 календарных дней до дня защиты ВКР.

ВКР, отзыв, рецензия, отчет о проверке на объем заимствования передаются в ГЭК не позднее, чем за 2 календарных дня до дня защиты ВКР. К печатному тексту работы в ГЭК прилагается ее полная электронная версия на диске.

Кроме текста ВКР выпускник представляет в ГЭК автореферат с кратким ее содержанием. Объем автореферата не должен превышать одной страницы печатного текста листа А4. Автореферат содержит название работы, её цель, задачи, выводы и практические рекомендации. Автореферат представляется в ГЭК в виде раздаточного материала для каждого члена ГЭК.

3.3. Процедура защиты выпускной квалификационной работы

Защита ВКР проводится в установленное время на заседании ГЭК.

Перед началом защиты председатель ГЭК знакомит обучающихся с порядком проведения защиты, а также представляет каждого обучающегося и тему его ВКР.

Защита начинается с доклада обучающегося по теме ВКР, на который отводится до 10 минут. Обучающийся должен излагать основное содержание своей работы свободно, с отрывом от письменного текста. Доклад следует начинать с обоснования актуальности темы исследования, его цели и задач, далее по главам раскрывать основное содержание ВКР, а затем осветить основные результаты работы, сделанные выводы и предложения. В процессе защиты обучающийся может использовать мультимедийную презентацию работы, заранее подготовленный наглядный графический (таблицы, схемы) или иной материал (например, проекты уставов, нормативных актов и т.д.), иллюстрирующий основные положения работы.

После завершения доклада члены ГЭК задают обучающемуся вопросы как непосредственно связанные с темой ВКР, так и с проблемой, решению которой посвящена работа. При ответах на вопросы обучающийся имеет право пользоваться своей работой.

После ответов обучающегося на вопросы слово предоставляется руководителю ВКР.

Руководитель дает характеристику выпускнику, степени его подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач и исследовательской работе в избранной области профессиональной деятельности. При отсутствии руководителя его отзыв на ВКР зачитывает секретарь ГЭК.

После выступления руководителя ВКР слово предоставляется рецензенту. При отсутствии рецензента рецензию на ВКР зачитывает секретарь ГЭК.

После этого обучающемуся предоставляется заключительное слово. В заключительном слове обучающийся должен ответить на замечания рецензента.

Решение об итоговой оценке основывается на мнении членов ГЭК, оценке рецензента, оценке доклада выпускника и его ответов на вопросы и замечания рецензента.

Защищенные ВКР передаются в деканаты факультетов, хранятся в течение пяти лет, затем уничтожаются.

3.4. Критерии защиты выпускных квалификационных работ

При оценивании учитывается:

- актуальность темы и соответствие ее современным требованиям практической деятельности клинического психолога;
- полнота и обстоятельность изложения теоретической и практической частей работы;

- эффективность использования избранных методов исследования для решения поставленной проблемы;
- обоснованность и ценность полученных результатов исследования и выводов, возможность их применения в практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- степень самостоятельности выпускника в разработке проблемы;
- качество доклада и ответов на вопросы при защите ВКР.

Оценка защиты выпускной квалификационной работы производится дифференцированно: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

«Отлично» – актуальность тематики, глубина и полнота анализа фактов и вопросов, относящихся к рассматриваемой проблеме; информационная насыщенность, новизна, оригинальность подхода к решению задач исследования; структурная организованность, логичность, грамматическая правильность, доходчивость и стилистическая выразительность; доказательность аргументации, практическая значимость рекомендаций и выводов. Выпускник отвечает уверенно, проявляет полное владение компетенциями.

«Хорошо» – в работе отражена актуальность тематики, присутствует глубина и полнота анализа фактов и вопросов, относящихся к рассматриваемой проблеме; ВКР отличается информационной насыщенностью, структурной организованностью, логичностью, грамматической правильностью, доходчивостью. Изложение материала отличается доказательностью аргументации и практической значимостью рекомендаций. Возможные незначительные погрешности в оформлении текста, незначительные затруднения в процедуре защиты. Выпускник отвечает уверенно, проявляет в основном полное владение компетенциями.

«Удовлетворительно» - неполное раскрытие актуальности тематики; недостаточная информационная насыщенность, решение некоторых задач исследования при наличии структурной организованности, грамматической правильности; доказательности аргументации. Выпускник отвечает с частичной уверенностью, проявляет владение компетенциями на минимально допустимом уровне.

«Неудовлетворительно» - не актуальна тематика; нет информационной насыщенности, не решены большинство задач исследования; нет структурной организованности ВКР; нет практической значимости, не доказательна аргументация. Выпускник отвечает неуверенно, проявляет частичное владение или полное невладение компетенциями.

4. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

По результатам ГИА обучающийся имеет право на апелляцию. Для рассмотрения апелляций по результатам ГИА в организации создается одна апелляционная комиссия, которая действует в течение календарного года. Состав комиссии утверждается приказом ректора университета не позднее, чем за 1 месяц до даты начала ГИА.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания экзаменационной комиссии, заключение председателя экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении ГИА, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (при наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель экзаменационной комиссии или его заместитель и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат аттестационного испытания; в этом случае результат проведения аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем, протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти аттестационное испытание в сроки, установленные приказом ректора.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии в форме протоколов не позднее следующего рабочего дня передается секретарем апелляционной комиссии в экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата аттестационного испытания и выставления нового. Протоколы апелляционных комиссий вместе с протоколами экзаменационной комиссии передаются в архив.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в университете в соответствии с ФГОС ВО

Апелляция на повторное проведение аттестационного испытания не принимается.