

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по учебной работе
к.б.н., доцент В.В. Большаков

« 19 » 03 20 26 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
НЕВРОЗЫ И РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ
ВОЗРАСТЕ**

Специальность

Квалификация выпускника

Форма обучения

Факультет

Кафедра-разработчик рабочей программы

Клиническая психология

Клинический психолог

очная

педиатрический

клинической психологии

Семестр	Трудоем- кость		Лек- ций, ч.	Лаб. прак- тику м, ч.	Пра кт. зан яти й, ч.	Клини- ческих п ракт. занятий , ч.	Сем ина ров, ч.	СР С, ч.	КР	Экза мен, ч	Форма промежут очного контроля (экзамен / зачет с оценкой / зачет)
	зач. ед.	ч.									
VI	2	72	16			32		24			зачет
VI											
Итого	2	72	16			32		24			зачет

Кемерово 2026

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с ФГОС ВО – специалитет по специальности 37.05.01 Клиническая психология квалификация «Клинический психолог», утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации № 683 от «26» мая 2020 г. (рег. в Министерстве юстиции РФ № 58849 от 06.07.2020 г.).

Рабочую программу разработал (-и): доцент кафедры клинической психологии, канд. психол. наук Е.В. Янко

Рабочая программа согласована с научной библиотекой _____
О.Н. Самотоева

«05» 02 2026 г.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры клинической психологии, протокол №7 от «5» февраля 2026 г.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией

Председатель: к.п.н., доцент _____ Е.В. Янко
протокол № 3 от «12» 03 2026 г.

Рабочая программа согласована с деканом педиатрического факультета,
к.м.н., доцентом _____ О.В. Шмаковой

«12» 03 2026 г.

Рабочая программа зарегистрирована в учебно-методическом отделе

Регистрационный номер 3745

Руководитель УМО _____

д-р фармацевт. наук, профессор Н.Э. Коломиец

«13» 03 2026 г.

ПАСПОРТ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

1.1. Цели и задачи освоения дисциплины

1.1.1. Целью освоения дисциплины является формирование у слушателей системных теоретических знаний и практических компетенций в области диагностики, профилактики и психологической коррекции невротических и реактивных расстройств у детей и подростков.

1.1.2. Задачи дисциплины:

- Сформировать понятие о неврозах и реактивных состояниях как о специфической форме психического дизонтогенеза (нарушения развития), их месте в современной классификации болезней (МКБ-10, DSM-5).
- Раскрыть этиологию и патогенез невротических расстройств у детей и подростков.
- Изучить основные клинические формы неврозов и реактивных состояний:
- Проанализировать возрастную специфику проявлений неврозов: как симптомы видоизменяются в зависимости от этапа развития (ранний возраст, дошкольный, младший школьный, подростковый).
- Обучить методам клинико-психологической диагностики.
- Ознакомить с основными направлениями и методами психологической помощи.
- Обучить принципам и методам психопрофилактики невротических расстройств в детских коллективах (сады, школы) и в семье.
- Сформировать понимание роли междисциплинарного взаимодействия: когда и как направлять к смежным специалистам (детскому психиатру, неврологу, логопеду).

1.2. Место дисциплины в структуре ОПОП

1.2.1. Дисциплина относится к обязательной части. Блок 1.

1.2.2. Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и задания, формируемые предшествующими дисциплинами/практиками: Детская психиатрия, Патопсихология, Практикум по клинической психодиагностике.

1.2.3. Изучение дисциплины необходимо для получения знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами/практиками: Психологическая помощь семьям, имеющим проблемного ребенка, Психология отклоняющегося поведения, Практикум по детской патопсихологической диагностике.

В основе преподавания данной дисциплины лежат следующие типы профессиональной деятельности:

- психодиагностический;
- консультативный и психотерапевтический;

1.3. Компетенции, формируемые в результате освоения дисциплины

1.3.1. Универсальные компетенции

№ п/п	Наименование категории универсальных компетенций	Код компетенции	Содержание компетенции	Индикаторы универсальных компетенции	Технология формирования
1	Оказание клинико-психологической помощи населению	ПК-1	Способен осуществлять психодиагностическое исследование психических функций, состояний человека, свойств и структуры личности, а также других психологических феноменов в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик.	ИД-1 ПК-1 Знает методы клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, конфликтов, способов адаптации, личностных ресурсов, межличностных отношений и других психологических феноменов с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик; требования к обеспечению пациента (клиента), медицинского персонала и других заказчиков услуг информацией о результатах проведенной психологической диагностики и уметь формулировать на ее основе рекомендации с учетом этико-деонтологических норм, потребностей и индивидуальных особенностей пользователя психологического заключения; ИД-2 ПК-1 Умеет планировать и проводить клинико-психологическое	Лекция Семинарские занятия Самостоятельная работа Тестовые задания Ситуационные задачи Деловая игра Тренинг

				исследование (в статусе и в динамике) психических функций, процессов, состояний; интеллекта; эмоционально-аффективной, ценностно-мотивационной, волевой сфер; свойств личности; психологических проблем, содержания и выраженности конфликтов, уровня и способов психологической адаптации, личностных ресурсов; межличностных отношений (в семейной, профессиональной и других сферах) в соответствии с целью психодиагностического исследования и этико-деонтологическими нормами; обрабатывать и проводить качественный и (или) количественный анализ его результатов; выбирать и применять клинико-психологические технологии, позволяющие осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики; ИД-3 ПК-1 Владеет навыком формулировать и оформлять структурированное клинико-психологическое заключение с учетом положений, действующих порядков оказания психологической помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи в части, касающейся	
--	--	--	--	---	--

				осуществления клинико-психологической диагностики и клинико-психологической помощи; предоставлять информацию о целях, методах и предполагаемых результатах клинико-психологической помощи пациентам, членам семей (законным представителям), врачам и другим специалистам (заказчикам) с учетом этико-деонтологических норм, потребностей и индивидуальных особенностей получателя клинико-психологической помощи.	
2	Оказание клинико-психологической помощи населению	ПК-2	Способен определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства и психологических консультаций с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития.	ИД-1 ПК-2 Способен самостоятельно (в кооперации с коллегами) определять цели программы клинико-психологической помощи и клинико-психологической реабилитации и (или) сопровождения, коррекции, профилактики, немедикаментозной психотерапии на всех этапах лечебного и (или) реабилитационного процесса, а также в кризисных и экстремальных ситуациях в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни и оценивать их специфику, результативность и эффективность; ИД-2 ПК-2 Знает и способен реализовывать основные принципы, содержание, алгоритм оказания первой (экстренной) помощи в экстремальных	Лекция Доклад с презентацией Семинарские занятия Самостоятельная работа Тестовые задания Ситуационные задачи Деловая игра

				ситуациях, методы и методики оказания клинико-психологической помощи при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе в кризисных и экстремальных ситуациях, а также способы предотвращения или устранения осложнений, нежелательных реакций, возникших при оказании клинико-психологической помощи на всех этапах лечебного и реабилитационного процесса и уметь их реализовывать на практике; ИД-3 ПК-2 Умеет проводить психологическое консультирование и разрабатывать программы психологического вмешательства для пациентов (клиентов) и медицинского персонала и иных специалистов по вопросам взаимодействия с пациентами, способствовать созданию благоприятной психологической атмосферы и терапевтической среды в учреждении; составлять программы психотерапевтической и консультативной работы на основе психодинамического, гуманистического, когнитивно-бихевиорального, системно-семейного и других подходов; ИД-4 ПК-2 Владеет навыком и осуществляет клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития на основе	
--	--	--	--	--	--

				психодинамического, гуманистического, когнитивно-бихевиорального, системно-семейного и других подходов	
--	--	--	--	---	--

1.3. Объем учебной дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость всего		Семестры
	в зачетных единицах (ЗЕ)	в академических часах (ч)	VII
			Трудоемкость по семестрам (ч)
			VI
Аудиторная работа, в том числе:	2,0	72	72
Лекции (Л)	0,44	16	16
Лабораторные практикумы (ЛП)			
Практические занятия (ПЗ)			
Клинические практические занятия (КПЗ)			
Семинары (С)	0,88	32	32
Самостоятельная работа студента (СРС), в том числе НИР	0,66	24	24
Промежуточная аттестация:	2		
		3	-
Экзамен / зачёт			зачёт
ИТОГО	2	72	72

2. Структура и содержание дисциплины

Общая трудоемкость модуля дисциплины составляет 2 зачетных единиц, 72 ч.

2.1. Структура дисциплины

№ п/п	Наименование разделов и тем	Семестр	Всего часов	Виды учебной работы					СРС
				Аудиторные часы					
				Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	
1	Раздел 1. Теоретические основы, диагностика и этиология неврозов у детей и подростков	VI							
1.1	Тема 1. Определение понятий «невроз», «реактивное состояние», «психогения», современные классификации (МКБ-10, DSM-5) и их сравнение.	VI	6	2			2		1
1.2	Тема 2. Возрастная эволюция неврозов - специфика проявлений в раннем, дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.	VI	6	2			2		1
1.3	Тема 3. Этиология и патогенез неврозов - многофакторная модель; биологическая	VI	6	2			2		1

№ п/п	Наименование разделов и тем	Семестр	Всего часов	Виды учебной работы					СРС
				Аудиторные часы					
				Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	
	предрасположенность (конституция, темперамент), психологические и социальные факторы.								
1.4.	Тема 4. Роль семьи и детско-родительских отношений в формировании невротических реакций, типы дисфункциональных семей	VI	5	2			2		1
1.5	Тема 5. Психологические механизмы защиты и копинга при неврозах.	VI	5	2			2		1
1.6	Тема 6. Основы психологической диагностики невротических расстройств у детей и подростков.	VI	5	2			2		1
1.7	Тема 7. Дифференциальная диагностика - отграничение неврозов от расстройств аутистического спектра (РАС), аффективных расстройств, психозов и органических нарушений.	VI	5	2			2		1
1.8	Тема 8. Неврозы и психосоматические расстройства в детском возрасте, понятие об алекситимии и конверсионных симптомах.	VI	5	2			2		1
2.	Раздел 2. Клинические формы, терапия, коррекция и профилактика	VI							
2.1.	Тема 1. Тревожно-фобические расстройства - специфические фобии, генерализованное тревожное расстройство, социальная тревожность, сепарационная тревога.	VI	3				2		1
2.2	Тема 2. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) у детей и подростков.	VI	4				2		2
2.3	Тема 3. Реактивные состояния и расстройства адаптации, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).	VI	4				2		2
2.4	Тема 4. Истерические проявления в детской практике.	VI	4				2		2

№ п/п	Наименование разделов и тем	Семестр	Всего часов	Виды учебной работы					СРС
				Аудиторные часы					
				Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	
	диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства.								
2.5	Тема 5. Невротическая депрессия, депрессивные эквиваленты (соматические симптомы, поведенческие нарушения)	VI	4				2		2
2.6	Тема 6. Обзор подходов к психотерапии неврозов у детей и подростков: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), игровая терапия, арт-терапия, гештальт-терапия.	VI	4				2		2
2.7	Тема 7. Семейная психотерапия и работа с родителями, методы коррекции детско-родительских отношений, психообразование семьи.	VI	4				2		2
2.8	Тема 8. Взаимодействие психотерапевта, психиатра, невролога и педагога в лечении и профилактике неврозов.	VI	4				2		2
	ВСЕГО	VI	72	16			32		24

2.1. Тематический план лекционных (теоретических) занятий

№ п/п	Наименование раздела, тема лекции	Кол-во часов	Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
	Теоретические основы, диагностика и этиология неврозов у детей и подростков		VI	<i>ПК-1.(ИД-1, ИД-2,ИД-3)ПК-2 (ИД-2)</i>
1	Тема 1. Определение понятий «невроз», «реактивное состояние», «психогения», современные классификации (МКБ-10, DSM-5) и их сравнение.	2	VI	
2	Тема 2. Возрастная эволюция неврозов - специфика проявлений в раннем, дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.	2	VI	
3	Тема 3. Этиология и патогенез неврозов -	2	VI	

№ п/п	Наименование раздела, тема лекции	Кол-во часов	Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
	многофакторная модель: биологическая предрасположенность (конституция, темперамент), психологические и социальные факторы.			
4	Тема 4. Роль семьи и детско-родительских отношений в формировании невротических реакций, типы дисфункциональных семей	2	VI	
5	Тема 5. Психологические механизмы защиты и копинга при неврозах.	2	VI	
6	Тема 6. Основы психологической диагностики невротических расстройств у детей и подростков.	2	VI	
7	Тема 7. Дифференциальная диагностика - отграничение неврозов от расстройств аутистического спектра (РАС), аффективных расстройств, психозов и органических нарушений.	2	VI	
8	Тема 8. Неврозы и психосоматические расстройства в детском возрасте, понятие об алекситимии и конверсионных симптомах.	2	VI	
Итого:		16	VI	

2.2. Тематический план семинарских занятий

№ п/п	Наименование раздела, тема занятия	Вид занятия (ПЗ, С, КПЗ, ЛП)	Кол-во часов		Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
			Аудитор.	СРС		
Раздел 1. Теоретические основы, диагностика и этиология неврозов у детей и подростков						<i>ОПК-6.(ИД-1, ИД-2)</i>
1	Тема 1. Определение понятий «невроз», «реактивное состояние», «психогения», современные классификации (МКБ-10, DSM-5) и их сравнение.	КПЗ	2	2	VII	
2	Тема 2. Возрастная эволюция неврозов - специфика проявлений в раннем, дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.	КПЗ	2	2	VII	

№ п/п	Наименование раздела, тема занятия	Вид занятия (ПЗ, С, КПЗ, ЛП)	Кол-во часов		Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
			Аудитор.	СРС		
3	Тема 3. Этиология и патогенез неврозов - многофакторная модель: биологическая предрасположенность (конституция, темперамент), психологические и социальные факторы.	КПЗ	2	1	VII	
4	Тема 4. Роль семьи и детско-родительских отношений в формировании невротических реакций, типы дисфункциональных семей	КПЗ	2	1	VII	
5	Тема 5. Психологические механизмы защиты и копинга при неврозах.	КПЗ	2	1	VII	
6	Тема 6. Основы психологической диагностики невротических расстройств у детей и подростков.	КПЗ	2	1	VII	
7	Тема 7. Дифференциальная диагностика - отграничение неврозов от расстройств аутистического спектра (РАС), аффективных расстройств, психозов и органических нарушений.	КПЗ	2	1	VII	
8	Тема 8. Неврозы и психосоматические расстройства в детском возрасте, понятие об алекситимии и конверсионных симптомах.	КПЗ	2	1	VII	
Раздел 2. Клинические формы, терапия, коррекция и профилактика		15	16		1	<i>ПК-1 (ИД-3), ПК-2 (ИД-2, ИД-3)</i>
9	Тема 1. Тревожно-фобические расстройства - специфические фобии, генерализованное тревожное расстройство, социальная тревожность, сепарационная тревога.	КПЗ	2	1	VII	
10	Тема 2 Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) у детей и подростков.	КПЗ	2		VII	
11	Тема 3 Реактивные состояния и расстройства адаптации, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).	КПЗ	2	1	VII	
12	Тема 4. Истерические проявления в детской практике, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства.	КПЗ	2	2	VII	

№ п/п	Наименование раздела, тема занятия	Вид занятия (ПЗ, С, КПЗ, ЛП)	Кол-во часов		Семестр	Результат обучения в виде формируемых компетенций
			Аудитор.	СРС		
13	Тема 5. Невротическая депрессия, депрессивные эквиваленты (соматические симптомы, поведенческие нарушения)	КПЗ	2	2	VII	
14	Тема 6. Обзор подходов к психотерапии неврозов у детей и подростков: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), игровая терапия, арт-терапия, гештальт-терапия.	КПЗ	2	2	VII	
15	Тема 7. Семейная психотерапия и работа с родителями, методы коррекции детско-родительских отношений, психообразование семьи.	КПЗ	2	2	VII	
16	Тема 8. Взаимодействие психотерапевта, психиатра, невролога и педагога в лечении и профилактике неврозов.	КПЗ	2	2	VII	
Итого:			32	24	VII	

3.1 Содержание дисциплины

Раздел 1. Теоретические основы, диагностика и этиология неврозов у детей и подростков

Тема 1. Определение понятий «невроз», «реактивное состояние», «психогения», современные классификации (МКБ-10, DSM-5) и их сравнение.

Содержание темы:

1. Историческое понятие «Невроз»

Определение: невроз — устаревший термин, восходящий к З. Фрейду и используемый преимущественно в отечественной психиатрии. Обозначает психогенное расстройство, возникающее в результате конфликта между неосознаваемыми, неприемлемыми влечениями (часто либидинозными или агрессивными) и социальными или моральными запретами.

Ключевые характеристики:

1. Психогенная природа: причина — психологический конфликт, а не органическое поражение мозга.
2. Обратимость: расстройство считается в принципе обратимым.
3. Критика реальности сохранена: в отличие от психозов, пациент осознает болезненность своего состояния и не теряет связь с реальностью.
4. Основные формы: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний.

Понятие «Реактивное состояние» (Реакция)

Определение: острое или подострое расстройство, возникающее как прямая и понятная реакция на тяжелое, психотравмирующее событие. Ключевой акцент — на причинно-следственной связи между стрессором и симптомами.

Ключевые характеристики:

1. Четкий провоцирующий фактор: смерть близкого, развод родителей, насилие, катастрофа.
2. Временная связь: симптомы появляются вскоре после травмы.
3. Содержание симптоматики тесно связано с характером травмы (например, кошмары, в которых повторяется травматическое событие).
4. Часто используется как синоним острой реакции на стресс или расстройства приспособительных реакций (адаптации).

Понятие «Психогения»

Определение: наиболее широкий термин, обозначающий любое психическое расстройство, главной причиной которого являются психологические факторы (психотравма, хронический стресс, внутренний конфликт), а не биологические (генетика, интоксикация, инфекция).

Ключевая характеристика: объединяющий концепт. и неврозы, и реактивные состояния являются частными случаями психогений. Это общий принцип объяснения происхождения расстройства.

Эволюция терминологии: от «Неврозов» к современным классификациям

Проблема термина «невроз»: его определение было размытым и теоретически нагруженным (психоанализ). отсутствовали четкие, операционализируемые диагностические критерии, что мешало надежной диагностике и научным исследованиям.

Современный подход: Отказ от теории психоанализа в пользу феноменологического и симптоматического подхода. Акцент сместился с гипотетической причины (внутренний конфликт) на наблюдаемые симптомы, их длительность и влияние на жизнь.

Современная классификация: МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра)

Подход: Более консервативный, сохраняет некоторые следы старой терминологии, но в переработанном виде.

Ключевые рубрики для детского и подросткового возраста:

F43 — Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации: Это прямое воплощение концепции «реактивного состояния».

F43.0 — Острая реакция на стресс.

F43.2 — Расстройство адаптации (хронический или затяжной стресс).

F43.1 — Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

F40-F48 — Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Эта глава заменяет собой старые «неврозы».

F40 — Тревножно-фобические расстройства.

F41 — Другие тревожные расстройства (паническое, генерализованное).

F42 — Обсессивно-компульсивное расстройство.

F45 — Соматоформные расстройства (психологические проблемы, проявляющиеся физическими симптомами).

Современная классификация: DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е изд.)

Подход: Более радикальный, полностью отказался от термина «невроз» как диагностической категории. Максимально описательный и критериальный.

Ключевые рубрики для детского и подросткового возраста:

1. Расстройства, связанные с травмой и стрессором): Аналог «реактивных состояний».
2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).
3. Острое стрессовое расстройство.
4. Расстройство приспособительных реакций (Adjustment Disorder).

5. Тревожные расстройства: объединяют большинство бывших «неврозов».

Генерализованное тревожное расстройство.

Социальное тревожное расстройство.

Паническое расстройство.

Специфические фобии.

Клиническое значение для детской и подростковой психиатрии.

Смена парадигмы: Современные классификации позволяют более точно и надежно диагностировать расстройства у детей, фокусируясь на конкретных симптомах (например, избегание, гипервозбуждение, навязчивые мысли), а не на теоретических конструктах.

Важность контекста: Диагноз всегда должен учитывать возраст развития. Проявления тревоги или реакции на стресс у 5-летнего ребенка (ночные страхи, энурез) и у 15-летнего подростка (социальная изоляция, самоповреждение) будут кардинально различаться.

Терапевтические последствия: Современная диагностика по МКБ-10/DSM-5 напрямую ведет к выбору доказанных методов лечения (например, когнитивно-поведенческая терапия при тревожных расстройствах и ПТСР, а не поиск неосознаваемого конфликта).

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 2. . Возрастная эволюция неврозов - специфика проявлений в раннем, дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.

Содержание темы:

1. Общий принцип возрастной эволюции неврозов

Неврозы — динамические состояния, их симптоматика трансформируется в соответствии с этапами психофизиологического и социального развития ребенка.

Основная закономерность: переход от **вегетативно-соматических и двигательных реакций** (ранний возраст) к **эмоционально-поведенческим нарушениям** (дошкольный и младший школьный возраст) и далее к **когнитивным и личностным расстройствам** (подростковый возраст).

Содержание психологического конфликта и его проявления зависят от доминирующих социальных потребностей возраста (привязанность, автономия, успешность, идентичность).

2. Специфика неврозов в раннем возрасте (1-3 года)

Преобладание соматовегетативных и двигательных реакций: нарушения сна, аппетита, пищеварения (срыгивания, рвота), повышенная возбудимость, плаксивость, тремор.

Ключевой этиологический фактор: нарушение процессов привязанности и сепарации от матери, нестабильный режим, эмоциональная нестабильность в семье.

Типичные проявления:

Протестное поведение (крики, падения на пол).

Регресс навыков (откат в речевом развитии, навыках опрятности).

Повышенная чувствительность к раздражителям (шум, свет).

3. Специфика неврозов в дошкольном возрасте (3-7 лет)

Усложнение эмоционально-поведенческой симптоматики: появление страхов, ритуалов, элементов истероидной и неврастенической симптоматики.

Ключевой этиологический фактор: конфликт между потребностью в самостоятельности («Я сам!») и гиперопекой/запретами со стороны взрослых. Также — появление детских страхов (темноты, монстров, одиночества).

Типичные проявления:

Страхи (ночные, предметные).

Навязчивые действия (ритуалы при засыпании, одевании).

Энурез, энкопрез, тики.

Изменения в игре: игры становятся стереотипными, бессюжетными или отсутствуют.

4. Специфика неврозов в младшем школьном возрасте (7-12 лет)

На первый план выходят нарушения, связанные с учебной деятельностью и социальной адаптацией.

Ключевой этиологический фактор: невозможность соответствовать предъявляемым требованиям (школьная неуспеваемость, конфликты со сверстниками и учителями), «синдром отличника».

Типичные проявления:

Школьная дезадаптация: страх школы, отказ посещать уроки.

Астенический синдром: повышенная утомляемость, головные боли, снижение концентрации внимания.

Тревожность и соматизация тревоги (боли в животе, тошнота перед контрольными).

Закрепление и усложнение навязчивостей (мыслей, действий).

5. Специфика неврозов в подростковом возрасте (12-16+ лет)

Сдвиг в сторону личностных ипохондрических и дисморфофобических переживаний.

Ключевой этиологический фактор: конфликт между потребностью в самоутверждении, формировании идентичности и чувством неполноценности, неприятия собой и окружающими.

Типичные проявления:

Ипохондрия: чрезмерная озабоченность здоровьем.

Дисморфофобия: недовольство своей внешностью.

Депрессивная симптоматика: подавленное настроение, ангедония, чувство одиночества.

Поведенческие реакции: оппозиционность, уходы из дома, снижение академической мотивации.

6. Эволюция типов невротических реакций

Неврастения (астенический невроз): у детей младшего возраста проявляется как раздражительная слабость, у школьников — как «синдром хронической усталости», у подростков — сочетается с депрессивными чертами.

Невроз навязчивых состояний: у дошкольников — простые двигательные ритуалы, у младших школьников — ритуалы и навязчивые мысли, у подростков — сложные философские интоксикации и obsessions.

Истерический невроз: у детей — аффективно-респираторные приступы, падения, у подростков — демонстративное поведение, психогенная амнезия, псевдопараличи.

7. Влияние возраста на выбор психологических защит

Ранний возраст: регрессия, отрицание.

Дошкольный возраст: вытеснение страхов, ритуалы как форма изоляции аффекта.

Младший школьный возраст: интеллектуализация (но часто неудачная), компенсация и сверхкомпенсация.

Подростковый возраст: рационализация, проекция («меня все ненавидят»), уход в фантазии или виртуальный мир.

8. Диагностические и терапевтические аспекты с учетом возраста

Диагностика: в раннем и дошкольном возрасте — через наблюдение и игру, в школьном — через проективные методики и беседу, в подростковом — через диалог и личностные опросники.

Терапия: для детей — игровая и арт-терапия, работа с семьей; для младших школьников — когнитивно-поведенческие методы, сказкотерапия; для подростков — методы гуманистической и когнитивно-поведенческой терапии, групповая работа.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос, доклад

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 3. Этиология и патогенез неврозов - многофакторная модель: биологическая предрасположенность (конституция, темперамент), психологические и социальные факторы.

Содержание темы:

1. Введение: Многофакторная модель как современная парадигма

Отказ от линейных моделей («стресс -> невроз»).

Понятие диатеза (предрасположенности) и стресса (пускового механизма). Невроз = Диатез x Стресс.

Взаимодействие факторов: слабое биологическое звено может быть компенсировано благоприятной социальной средой, и наоборот.

2. Биологическая предрасположенность (Диатез)

Это та «почва», на которой легче возникает невроз.

а) Конституция и темперамент:

Типы высшей нервной деятельности (по И.П. Павлову): Особенности силы, уравновешенности и подвижности нервных процессов.

«Слабый» тип ВНД: Быстрое истощение, высокая чувствительность, затруднения в переработке больших объемов информации — основной фон для невроза.

Темперамент (в современной трактовке):

Повышенная реактивность: Сильно реагируют даже на слабые стимулы.

Низкий порог чувствительности: Быстро наступает сенсорная перегрузка.

Высокое эмоциональное застревание (ригидность): Долго не могут "отпустить" негативные переживания.

Преобладание отрицательных эмоций.

б) Перинатальные и ранние соматические факторы:

Патология беременности и родов (гипоксия, асфиксия).

Тяжелые заболевания, операции, травмы в раннем возрасте, ослабляющие организм и нервную систему.

Наследственная отягощенность (не "ген невроза", а предрасположенность к тревожности, аффективным расстройствам).

3. Психологические факторы

Это особенности психического развития ребенка, делающие его уязвимым.

1. Особенности эмоциональной сферы: Повышенная тревожность, мнительность, впечатлительность, ранимость.

2. Особенности когнитивной сферы: Неадекватные, ригидные установки и убеждения («я должен быть лучшим», «мир опасен»), формирующиеся под влиянием семьи.

3. Незрелость механизмов психологической защиты: Неспособность адекватно перерабатывать конфликты и негативные эмоции (например, вместо рационализации — вытеснение или уход в болезнь).

4. Внутриличностный конфликт:

Мотивационный конфликт: «Хочу, но не могу» или «Хочу двух взаимоисключающих вещей».

Нравственный конфликт: Противоречие между желанием и моральными нормами.

Конфликт самооценки: Несоответствие между уровнем притязаний и реальными возможностями («Я-идеальное» и «Я-реальное»).

4. Социальные факторы (Микросоциальные — прежде всего, семейные)

Это основные источники психотравмирующих переживаний.

5. Нарушения детско-родительских отношений (стили воспитания):

Гиперопека: Лишает ребенка самостоятельности, формирует ощущение собственной слабости.

Авторитарный стиль, гиперсоциализация: Повышенные требования, жесткий контроль, критика. Родительский диктат "как надо".

Противоречивое воспитание: Разные подходы у матери и отца, "кнут и пряник" от одного родителя. Создает высокую тревогу и невозможность выработать единые правила поведения.

Эмоциональное отвержение, гипоопека: Дефицит любви, тепла и внимания.

6. Неблагоприятная семейная атмосфера:

Конфликты между родителями.

Развод, появление нового члена семьи.

Алкоголизм или психическое заболевание у родителей.

7. Система «Школа — Сверстники»:

Школьные перегрузки, хроническая неуспеваемость.

Конфликты с учителями.

Буллинг (травля), отвержение сверстниками, изоляция в коллективе.

8. Острые и хронические психотравмирующие события:

Острые: Смерть близкого, развод родителей, несчастный случай, насилие.

Хронические: Постоянное проживание в условиях конфликта, хроническая болезнь члена семьи, бедность.

Патогенез (Механизм развития невроза)

На этом этапе темы показывается, как факторы взаимодействуют:

Предрасполагающие условия: Ребенок со «слабым» типом ВНД, повышенной тревожностью (биопсихо) растет в семье, где от него требуют только отличных оценок (социум).

Пусковое событие (Психотравма): Переход в новую, более сильную школу, где он получает первую "четверку".

Внутренний конфликт: Возникает конфликт между потребностью в одобрении родителей («должен быть отличником») и реальными возможностями («не могу справиться с программой»). Тревога и страх наказания/неприятности нарастают.

Срыв высшей нервной деятельности и «условная приятность» симптома: Психика не выдерживает напряжения. Симптом (например, невротический тик, головная боль перед школой) является:

С одной стороны, — выражением внутреннего конфликта и перенапряжения.

С другой стороны, — способом его «решить»: болезнь позволяет избежать травмирующей ситуации (не идти в школу, получить снисхождение) — это «вторичная выгода» (хотя и неосознаваемая).

Закрепление невротического реагирования: Если конфликт не разрешается, а симптом приносит облегчение, он закрепляется по механизму условного рефлекса, формируя картину невроза.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос, презентация

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 4. Динамика психической деятельности в процессе умирания.

Содержание темы:

Семья является первичной и наиболее важной средой для развития ребенка. Она выступает как главный источник эмоциональной поддержки, безопасности и усвоения моделей поведения. Когда семейная система нарушается, она становится мощным

психотравмирующим фактором, формирующим почву для возникновения невротических реакций у детей и подростков. Невроз в данном контексте рассматривается как следствие длительного, хронического стресса, порождаемого дисфункциональными отношениями и неадекватными стилями воспитания.

Типы дисфункциональных семей, способствующих формированию неврозов:

1. Семья с гиперопекой (доминирующая гиперпротекция)

Суть: Родители (чаще мать) полностью сосредоточены на ребенке, удовлетворяя все его потребности еще до их возникновения, и ограждают от любых трудностей.

Влияние на ребенка: Формируется тревожно-мнительный тип личности, отсутствие самостоятельности, инфантилизм, заниженная самооценка. При столкновении с реальным миром (например, в школе) у ребенка возникает сильная тревога, паника, истерические реакции, что является классической невротической симптоматикой.

2. Семья с гипоопекой (эмоциональное отвержение)

Суть: Родители игнорируют эмоциональные и физические потребности ребенка, проявляют холодность и безразличие. Ребенок чувствует себя ненужным и нелюбимым.

Влияние на ребенка: Формируется базальное чувство небезопасности, которое может проявляться как в пассивности, депрессии, апатии, так и в агрессивном, протестном поведении. Характерны трудности в установлении контактов, невроз навязчивых состояний как попытка компенсировать внутренний хаос.

3. Авторитарная и контролирующая семья

Суть: В семье существуют жесткие правила, беспрекословное подчинение родительской воле, высокие требования и система наказаний за их невыполнение. Проявления инициативы и самостоятельности ребенка подавляются.

Влияние на ребенка: Постоянное состояние страха и напряжения приводит к высокому уровню тревожности. Формируются либо робость, нерешительность, невроз вины, либо, в подростковом возрасте, вспышки агрессии и протеста как реакция на подавление. Частым следствием является невроз навязчивых состояний или тики.

4. Непоследовательная и непредсказуемая семья

Суть: Родители применяют противоречивые стили воспитания (например, мать разрешает, отец запрещает) или их реакции неадекватны и непредсказуемы (на одну и ту же провинность сегодня – крик, завтра – смех).

Влияние на ребенка: Ребенок не может понять, что «хорошо», а что «плохо», и предугадать реакцию родителей. Это создает постоянный внутренний конфликт и высокую тревогу. Формируется невротическая неуверенность в себе, мнительность, могут развиваться навязчивые действия как способ хоть как-то структурировать тревожащий мир.

5. Семья с делегирующими отношениями (условная любовь)

Суть: Родительская любовь и внимание являются не безусловными, а «заработанными» — через успехи, достижения, примерное поведение. Ребенка воспринимают как проект для реализации собственных амбиций.

Влияние на ребенка: Формируется «синдром отличника», перфекционизм, страх неудачи. Личность ребенка развивается по невротическому типу: его самооценка полностью зависит от внешней оценки. При невозможности соответствовать ожиданиям развиваются тяжелые неврозы, депрессивные состояния, неврастения («синдром выгорания» у школьников).

6. Конфликтная (раздорная) семья

Суть: В семье постоянные ссоры, скандалы, открытые или скрытые конфликты между родителями. Ребенок становится свидетелем или участником (как «козел отпущения» или «союзник» одного из родителей) этих конфликтов.

Влияние на ребенка: Постоянное проживание в ситуации стресса приводит к хроническому чувству страха, вины («я виноват в ссорах родителей»), нервному истощению. Проявлениями являются энурез, заикание, тики, страхи, повышенная агрессивность или, наоборот, уход в себя.

7. Треугольник Карпмана (семья с патологическими ролями)

Суть: В семье формируются устойчивые психологические роли: «Преследователь» (критикующий, агрессор), «Спасатель» (который всех успокаивает и жалеет) и «Жертва» (страдающая и беспомощная). Роли могут меняться между членами семьи.

Влияние на ребенка: Ребенок, вынужденный играть одну из этих ролей (чаще «Спасателя» или «Жертвы»), усваивает дисфункциональные модели отношений. Это приводит к формированию невротического чувства ответственности, вины, неспособности строить здоровые отношения со сверстниками.

8. Семья с инверсией иерархии (родители-дети)

Суть: Родители, в силу своей эмоциональной незрелости, инфантильности или личных проблем, перекалывают на ребенка взрослые обязанности и ожидания. Ребенок становится «родителем» для своего родителя — его эмоциональной опорой, советчиком, нянькой для младших детей.

Влияние на ребенка: Ребенок лишается детства. У него не формируется базовое чувство защищенности, так как за ним не стоит сильный взрослый. Это приводит к хроническому стрессу, тревожным расстройствам, психосоматическим заболеваниям и неврастении из-за непосильной нагрузки.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,
Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 5. . Психологические механизмы защиты и копинга при неврозах.

Содержание темы:

1. Понятие и общая характеристика психологических защит и копинг-стратегий.

Определения: Разграничение понятий «психологическая защита» (бессознательные процессы, направленные на снижение тревоги) и «копинг» (сознательные, целенаправленные усилия по преодолению стресса).

Функциональная роль: Адаптивная и дезадаптивная роль механизмов защиты и копинга в структуре невроза. Защиты как «скорая помощь», копинг как «стратегия лечения».

Специфика у детей и подростков: Возрастная динамика формирования защитных механизмов и копинг-навыков.

2. Основные виды психологических защитных механизмов в детском и подростковом возрасте.

Наиболее характерные для неврозов защиты:

Вытеснение: Удаление из сознания травмирующих переживаний (основа многих невротических симптомов).

Регрессия: Возврат к более ранним, детским моделям поведения (например, энурез, сосание пальца у ребенка при рождении младшего sibling).

Проекция: Приписывание своих неприемлемых мыслей и чувств другим («учительница ко мне придирается» вместо «я боюсь учительницу»).

Реактивное образование: Замена неприемлемого импульса на противоположный (например, чрезмерная опека и любовь к младшему брату вместо ревности).

Отрицание: Отказ признать существование травмирующей реальности.

3. Копинг-механизмы (копинг-стратегии): классификация и содержание.

Три основных направления копинга:

Проблемно-ориентированный копинг: Направлен на решение проблемы (поиск информации, планирование действий).

Эмоционально-ориентированный копинг: Направлен на регуляцию эмоций (поиск поддержки, эмоциональная разрядка, переоценка ситуации).

Избегающий копинг: Уход от проблемы (дистанцирование, отвлечение, игнорирование).

4. Возрастные особенности формирования и проявления защит и копинга.

Дошкольный возраст: Преобладание примитивных защит (регрессия, отрицание), копинг через телесный контакт, игру и плач.

Младший школьный возраст: Развитие интеллектуализации, вытеснения, проекции. Формирование учебных и социальных копинг-стратегий.

Подростковый возраст: «Взрыв» защитных механизмов (идеализация/обесценивание, изоляция аффекта), активный поиск идентичности через экспериментирование с разными копинг-стратегиями (как конструктивными, так и деструктивными).

5. Связь механизмов защиты и копинга с клинической картиной невроза.

Неврастения: Преобладание вытеснения и избегающего копинга, что приводит к хронической усталости и раздражительности.

Тревожное (паническое) расстройство: Проекция тревоги вовне, использование «бегства» как формы избегающего копинга.

Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний): Защиты в виде изоляции аффекта, реактивного образования и «отмены» (компульсии как ритуал отмены).

Истерический невроз: Вытеснение и конверсия (трансформация тревоги в физический симптом), использование демонстративности для привлечения поддержки.

6. Дезадаптивные защиты и копинг как факторы риска и поддержания невроза.

Ригидность и незрелость защит: невозможность гибко использовать разные механизмы в зависимости от ситуации.

Преобладание избегающих стратегий: приводят к хронизации проблемы, так как сама проблема не решается.

«Вторичная выгода» от болезни: как неосознанный защитный механизм, закрепляющий симптом (например, внимание и забота в ответ на болезнь).

7. Диагностика механизмов защиты и копинга у детей и подростков.

Проективные методики: рисуночные тесты, ТАТ (Тематический апперцептивный тест), сказки.

Клиническая беседа и наблюдение: анализ игровой деятельности, реакций на фрустрацию.

Стандартизированные опросники: адаптированные для разных возрастов методики для диагностики копинг-стратегий (например, опросник SACS, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»).

8. Принципы психологической коррекции и терапии, направленные на формирование адаптивных защит и копинг-стратегий.

Создание безопасной среды: Для отреагирования эмоций и снижения необходимости в примитивных защитах.

Обучение навыкам распознавания и вербализации эмоций.

Когнитивно-поведенческие техники: Обучение проблемно-ориентированному копингу, техникам релаксации для управления тревогой.

Игровая и арт-терапия: Для отработки новых моделей поведения и эмоционального реагирования в символической форме.

Работа с семьей: Обучение родителей поддержке конструктивных стратегий преодоления трудностей у ребенка.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 6. Основы психологической диагностики невротических расстройств у детей и подростков

Содержание темы:

1. Цели и задачи психологической диагностики в контексте невротических расстройств.

Основная цель: Дифференциальная диагностика невротических расстройств от расстройств аутистического спектра (РАС), аффективных расстройств, последствий органических поражений ЦНС и поведенческих нарушений.

Задачи:

Выявление специфического симптомокомплекса невроза (тревога, страхи, навязчивости, астения, истерические проявления и т.д.).

Определение степени тяжести и остроты состояния.

Анализ структуры и иерархии симптомов.

Оценка влияния симптомов на социальную адаптацию (учебная деятельность, общение со сверстниками и семьей).

2. Специфика и принципы диагностики в детском и подростковом возрасте.

Возрастная динамика симптоматики: Проявления невроза напрямую зависят от возраста и уровня психологического развития (например, страх темноты у дошкольника vs. социальная тревожность у подростка).

Влияние семейной системы: Невроз у ребенка часто является индикатором семейной дисфункции. Обязательна оценка семейного контекста, стиля воспитания и детско-родительских отношений.

Принцип комплексности: Данные психологической диагностики должны сопоставляться с заключениями психиатра, невролога и педиатра.

Вербальная и невербальная коммуникация: У детей младшего возраста проективные и игровые методы часто более информативны, чем вербальные опросники.

3. Клинико-психологическое интервью с ребенком и родителями.

Структура интервью с родителем:

Сбор жалоб и анамнеза (история развития, начало и динамика симптомов).

Анализ семейной ситуации и микроклимата.

Оценка стиля воспитания и реакции родителей на проблемное поведение.

Структура интервью с ребенком/подростком:

Установление контакта и создание атмосферы безопасности.

Изучение субъективной картины болезни, переживаний, страхов и конфликтов.

Оценка самооценки, системы отношений (семья, школа, друзья) и картины будущего.

4. Патопсихологический эксперимент (экспериментально-психологическое исследование).

Цель: Оценка состояния высших психических функций (ВПФ) и выявление «слабых звеньев» в психической деятельности.

Исследуемые сферы:

Эмоционально-волевая сфера: Лабильность, тревожность, истощаемость, импульсивность.

Познавательная сфера: Внимание (устойчивость, переключаемость), память (особенно при астенических проявлениях), мышление (склонность к навязчивым мыслям, ипохондрическим идеям).

Мотивационная сфера: Наличие внутренних конфликтов, особенности системы ценностей.

5. Стандартизированные психодиагностические методики (тесты и опросники).

Методики для диагностики эмоциональной сферы:

Шкала явной тревожности СМАС (для детей).

Тест школьной тревожности Филлипса.

Опросник детской депрессии М. Ковач (CDI).

Методика «Шкала тревоги и тревожности» (для подростков).
Личностные опросники:
Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков.
Детский вариант 16-факторного опросника Кеттелла (CPQ).
Проективные методики:
Рисуночные тесты («Несуществующее животное», «Рисунок семьи», «Человек»).

Тест Роршаха, Тематический апперцептивный тест (ТАТ/САТ) — для выявления неосознаваемых конфликтов и страхов.

6. Диагностика внутрисемейных отношений и детско-родительского взаимодействия.

Методики:
Опросник анализа семейного воспитания и анамнеза (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера.
Методика «Кинетический рисунок семьи».
Опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин).
Тест «Семейная социограмма».

Цель: Выявление патологизирующих типов воспитания (гиперпротекция, гипопротекция, повышенная моральная ответственность и др.), конфликтов и коалиций в семье.

7. Дифференциальная диагностика.

Отличие невротических расстройств от:

Расстройств аутистического спектра (РАС): При РАС нарушения коммуникации и социального взаимодействия носят первичный, тотальный характер, а не вторичный, как при неврозе.

Аффективных расстройств (депрессия): Депрессия характеризуется более стойким снижением настроения, ангедонией и витальными нарушениями.

Органических расстройств: Наличие неврологической симптоматики и данных инструментальных исследований (ЭЭГ, МРТ).

Реактивных состояний (острая реакция на стресс): Более тесная и очевидная связь с травмирующим событием, кратковременность течения.

8. Психологическое заключение и формулировка рекомендаций.

Структура психологического заключения:

Повод для обращения и жалобы со слов родителей и ребенка.
Данные наблюдения за поведением ребенка в ходе обследования.
Результаты применения диагностических методик.

Психологический диагноз: Синтез данных, описание центрального конфликта, структуры личности и основных патопсихологических синдромов (например, «тревно-фобический синдром на фоне астении»).

Прогноз и психологические рекомендации:

Направление к смежным специалистам (психиатр, невролог).
Рекомендации для родителей по оптимизации стиля воспитания.
Основные мишени для психокоррекционной или психотерапевтической работы (снижение тревожности, разрешение внутреннего конфликта, повышение самооценки и т.д.).
Выбор адекватных методов психотерапии (игровая, когнитивно-поведенческая, семейная).

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,
Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 7. Дифференциальная диагностика - отграничение неврозов от расстройств аутистического спектра (РАС), аффективных расстройств, психозов и органических нарушений.

Содержание темы:

Ключевой принцип: Невроз — это, как правило, **обратимое** расстройство, возникающее в результате **психогении** (конфликта, стресса) у изначально психически здоровой личности, с сохранной критикой к своему состоянию и без грубых нарушений восприятия и мышления.

1. Отграничение от Расстройств Аутистического Спектра (РАС)

Ключевое различие: Возраст дебюта и первичность нарушений.

Невроз: Возникает у ребенка с предшествующим нормальным развитием. Социальное взаимодействие, коммуникация и эмоциональный контакт были сформированы адекватно возрасту до начала болезни. Проблемы (например, мутизм, энурез, тики) появляются поверх этой базы.

РАС: Нарушения носят первичный и тотальный характер, проявляются с раннего детства (до 3-х лет). Отмечаются стойкие дефициты в социальном взаимодействии (нежелание общаться, отсутствие зрительного контакта), коммуникации и наличии стереотипных моделей поведения и интересов.

Связь с психотравмой:

Невроз: Четкая временная и смысловая связь с психотравмирующей ситуацией. Устранение стресса приводит к улучшению.

РАС: Симптомы персистирующие, аутохтонные (возникают без видимой внешней причины). Стресс может усиливать проявления, но не является их первоисточником.

Прогноз:

Невроз: В целом благоприятный, возможна полная компенсация.

РАС: Хроническое расстройство, требующее коррекции и адаптации на протяжении всей жизни.

2. Отграничение от Аффективных Расстройств (Депрессия, Биполярное расстройство)

Ключевое различие: Структура и продолжительность аффекта.

Невроз: Снижение настроения реактивно, ситуационно обусловлено, часто носит характер капризности, плаксивости. При отвлечении или в приятной обстановке ребенок может "вспыхивать" и становиться активным. Преобладает тревога и раздражительность.

Аффективное расстройство: Снижение настроения (или мания) носят витальный (телесный), аутохтонный и стойкий характер (длится недели и месяцы). При депрессии — тоска, апатия, ангедония (утрата способности радоваться). При мании — неадекватно повышенное настроение, ускорение мышления и движений.

Соматические симптомы:

Невроз: «Соматизация тревоги» — боли, тики, энурез на фоне стресса.

Депрессия: «Витальные» нарушения — ранние пробуждения, изменение аппетита и веса, запоры, суточные колебания настроения (хуже утром).

3. Отграничение от Психотических Расстройств (Шизофрения, острый психоз)

Ключевое различие: Наличие продуктивной симптоматики и критика.

Невроз: Нет бреда, галлюцинаций, нарушений мышления по психотическому типу. Ребенок сохраняет критику к своему состоянию, понимает, что его страхи или навязчивости — это проявления его собственной болезни.

Психоз: Характерно наличие галлюцинаций (чаще слуховых), бреда, расстройств мышления (разорванность). Критика к своему состоянию грубо нарушена — ребенок воспринимает симптомы как объективную реальность.

Нарушения контакта:

Невроз: Эмоциональный контакт с близкими сохранен и часто даже усилен (потребность в поддержке).

Психоз: Нарастает аутизация — эмоциональное обеднение, отгороженность, недоступность, парадоксальность.

4. Отграничение от Органических Расстройств ЦНС

Ключевое различие: Этиология и данные обследований.

Невроз: Преимущественно психогенная природа. Данные ЭЭГ, МРТ, неврологического осмотра — в норме или с неспецифическими изменениями.

Органическое расстройство: Есть документально подтвержденное повреждение мозга (последствия ЧМТ, нейроинфекций, эпилепсия, опухоли и т.д.). В неврологическом статусе часто есть очаговая симптоматика, на ЭЭГ — выраженные нарушения.

Когнитивные функции:

Невроз: Интеллект сохранен. Проблемы с вниманием и памятью носят функциональный, обратимый характер («невротическая псевдобебильность»).

Органическое расстройство: Часто наблюдается стойкое снижение когнитивных функций (память, внимание, интеллект).

5. Отграничение от Шизоидного Расстройства Личности

Ключевое различие: Постоянство черт характера vs. приобретенная симптоматика.

Невроз: Это расстройство состояния, которое *появилось* в определенный момент.

Шизоидное расстройство: Это расстройство личности, т.е. устойчивая модель поведения и восприятия, существующая с подросткового возраста и являющаяся неотъемлемой частью личности. Холодность, отстраненность, погруженность во внутренний мир для шизоида — это его «я», а не болезнь.

6. Отграничение от Реактивного Психоза (Острая реакция на стресс)

Ключевое различие: Глубина расстройства и его динамика.

Невроз: Расстройство более «приглушенное», хроническое. Протекает с тревогой, навязчивостями, страхами.

Реактивный психоз: Возникает в ответ на сверхсильный стресс (угроза жизни). Проявляется остро: сумеречное помрачение сознания, психомоторное возбуждение или ступор, галлюцинации. Ключевой признак: Обратимость — симптомы исчезают в течение дней/недель после прекращения травмирующей ситуации.

7. Отграничение от Соматоформных Расстройств

Ключевое различие: Это наиболее сложный для разграничения пункт, так как соматоформное расстройство часто рассматривают в рамках невротической проблематики.

Невроз: Жалобы на физическое состояние четко связаны с тревогой («сердце колотится от страха»).

Соматоформное расстройство: Физические жалобы (боли, слабость) выходят на первый план, а связь с психологическими факторами неочевидна для пациента. Ребенок искренне убежден, что болен соматической болезнью, и проходит многочисленные, безрезультатные обследования.

8. Отграничение от Расстройств привязанности

Ключевое различие: Причина нарушений в социальных связях.

Невроз: Нарушения в общении (замкнутость, агрессия) — вторичны и являются следствием внутреннего конфликта и тревоги. Базовая способность к формированию привязанности сохранена.

Расстройство привязанности: Первичное нарушение способности формировать селективные и глубокие эмоциональные связи со значимыми взрослыми, возникшее вследствие депривации (лишения заботы) в раннем детстве. Проявляется в неразборчивой дружелюбности или, наоборот, тотальном отвержении в общении.

Заключение: Успешная дифференциальная диагностика требует комплексного подхода: тщательный сбор анамнеза (включая раннее развитие), наблюдение за ребенком, оценка психического статуса и, при необходимости, использование дополнительных методов обследования (консультация невролога, ЭЭГ). Правильная диагностика определяет тактику лечения: при неврозах ведущая роль принадлежит психотерапии, в то время как при РАС, психозах и аффективных расстройствах на первый план часто выходит медикаментозная терапия.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 8. Неврозы и психосоматические расстройства в детском возрасте, понятие об алекситимии и конверсионных симптомах.

Содержание темы:

1. Общее понятие о детских неврозах и психосоматике

Неврозы — это обратимые расстройства психической деятельности, возникающие в результате конфликта между личностью и значимыми для нее переживаниями. У детей причинами часто являются психотравмирующие ситуации (конфликты в семье, школьные проблемы, стресс разлуки), особенности воспитания (гиперопека, авторитарность) и врожденные свойства нервной системы (например, тревожность).

Психосоматические расстройства — это физические заболевания или симптомы, в возникновении и течении которых ведущая роль принадлежит психологическим факторам. Ключевое отличие: при неврозе страдает психика (тревога, страх), а при психосоматике — тело (астма, головные боли, боли в животе).

2. Особенности психосоматических расстройств в детском возрасте

Детский организм характеризуется незрелостью психических и физиологических систем, поэтому эмоциональное напряжение часто «разряжается» через телесные симптомы.

Наиболее частые психосоматические проявления у детей: бронхиальная астма, атопический дерматит, нейродермит, функциональные нарушения ЖКТ (тошнота, боли), головные боли напряжения, энурез.

Ребенок не может вербализовать свой внутренний конфликт, и его тело «кричит» за него.

3. Понятие алекситимии как ключевого фактора психосоматики

Алекситимия (от греч. «а» - отсутствие, *lexis* - слово, *thymos* - чувство) - это психологическая характеристика, означающая трудности в идентификации, описании и выражении собственных чувств.

У ребенка с алекситимией наблюдается:

Трудность в распознавании эмоций: он не может понять, что чувствует (злость, грусть, страх).

Трудность в вербализации эмоций: бедный словарный запас для описания переживаний.

Склонность к функциональному, конкретному мышлению: ориентация на внешние события, а не на внутренние переживания.

Алекситимия является психологическим «мостиком», который переводит непереносимый эмоциональный стресс на язык физиологических нарушений. Не имея выхода в слова, эмоция находит выход в телесном симптоме.

4. Конверсионные симптомы: когда психика «преобразует» конфликт

Конверсия (от лат. *conversio* — превращение) — это психологический защитный механизм, при котором вытесненный психический конфликт (часто неосознаваемый) преобразуется в физический, неврологический симптом.

Симптом символически связан с внутренним конфликтом (например, «не хочу это видеть» → психогенная слепота; «не могу с этим справиться» → психогенный паралич руки).

Ключевая характеристика: симптомы не соответствуют известным анатомическим или физиологическим законам (например, «перчаточная» анестезия, когда онемение соответствует перчатке, а не зоне иннервации нерва).

5. Основные проявления конверсионных расстройств у детей

Двигательные нарушения: психогенные параличи, парезы, нарушения походки (астазия-абазия), тремор, припадки, напоминающие эпилептические.

Сенсорные нарушения: психогенная слепота, глухота, потеря обоняния, онемение (анестезия) или повышенная чувствительность (гиперестезия) участков кожи.

Вегетативные и соматические нарушения: психогенная рвота, икота, кашель, ощущение кома в горле (globus hystericus), псевдобеременность.

6. Связь и различия между алекситимией и конверсией

Связь: Оба феномена являются способами психики справляться с непереносимыми эмоциями, минуя их осознание. Алекситимия может быть благоприятной «почвой» для возникновения как психосоматических, так и конверсионных расстройств.

Различие:

Алекситимия — это более общая личностная черта, которая приводит к реальным физиологическим нарушениям (воспаление, спазм, боль).

Конверсия — это конкретный механизм «превращения» конфликта в неврологический симптом, который часто носит демонстративный или символический характер и не имеет органической причины.

7. Диагностика и дифференциальная диагностика

Обязательное исключение соматической или неврологической патологии (консультация педиатра, невролога, проведение необходимых анализов и исследований).

Тщательный сбор психологического анамнеза: анализ семейной ситуации, стиля воспитания, перенесенных стрессов, поведения ребенка.

Использование проективных методик (рисунок, игра), которые помогают выявить неосознаваемые конфликты у ребенка, не способного к прямой вербализации.

8. Основные принципы терапии и коррекции

Психотерапия — основной метод: игровая терапия, арт-терапия, песочная терапия, которые помогают ребенку выразить подавленные эмоции и конфликты в безопасной форме.

Семейная психотерапия: работа с родителями для изменения патологических паттернов общения в семье, которые поддерживают симптом.

Обучение эмоциональному интеллекту: развитие у ребенка навыков распознавания, называния и выражения чувств для преодоления алекситимии.

Симптоматическая помощь: в некоторых случаях, при выраженной тревоге или для купирования острых состояний, может назначаться медикаментозная поддержка (строго по назначению врача-психиатра).

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос, эссе.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Раздел 2.

Клинические формы, терапия, коррекция и профилактика

Тема 9. Тревножно-фобические расстройства - специфические фобии, генерализованное тревожное расстройство, социальная тревожность, сепарационная тревога.

Содержание темы:

1. Понятие и эпидемиология тревожно-фобических расстройств в детско-подростковой популяции.
Определение: Тревога как нормальная реакция и как патологическое состояние.
Ключевые характеристики тревожных расстройств: чрезмерность, персистирующий характер, нарушение социального, академического и семейного функционирования.
Распространенность: Данные по распространенности среди детей и подростков (одни из наиболее частых расстройств). Возрастные пики манифестации для разных форм. Факторы риска: Генетическая предрасположенность, темперамент

- (например, "заторможенность к новому"), средовые факторы (стиль воспитания, гиперопека, травматический опыт, школьный буллинг).
2. Специфические (изолированные) фобии.
Клиническая картина: Иррациональный, интенсивный, устойчивый страх перед определенным объектом или ситуацией (животные, высота, темнота, вид крови, грозы и т.д.). Реакция – плач, истерики, замирание, избегающее поведение. Возрастные особенности: Связь с возрастными страхами (нормативными), но отличаются большей выраженностью и инвалидизацией. Дифференциальная диагностика: Отличие от других тревожных расстройств, бреда при психотических состояниях.
 3. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР).
Клиническая картина: "Тревога по поводу всего". Чрезмерная, неконтролируемая тревога и беспокойство по поводу различных событий и активностей (успеваемость в школе, спортивные достижения, семейное благополучие, катастрофы). Сопровождается двигательным напряжением (суетливость, головные боли) и вегетативными симптомами.
«Ювенильные» проявления: У детей часто проявляется как потребность в постоянных заверениях со стороны взрослых («а все будет хорошо?»), перфекционизм, чрезмерная самокритичность.
 4. Социальное тревожное расстройство (социальная фобия).
Клиническая картина: Выраженный и устойчивый страх ситуаций, связанных с оценкой со стороны других, и страх унижения. Проявления: отказ от ответа у доски, выступлений, посещения дней рождения, приема пищи в общественных местах. Возрастные особенности: У детей тревога может проявляться плачем, истериками, мутизмом, избеганием контакта "глаза в глаза". Часто маскируется под школьную дезадаптацию.
Связь с другими проблемами: Высокий риск развития депрессии и школьной неуспеваемости.
 5. Сепарационное тревожное расстройство.
Клиническая картина: Несоответствующий возрасту чрезмерный страх или тревога, связанные с разлукой с фигурой привязанности (чаще с матерью). Проявления: отказ ходить в школу ("школьные фобии"), кошмары на тему разлуки, соматические жалобы (боли в животе, тошнота) при реальной или anticipated разлуке. Возрастные рамки: Наиболее характерно для младшего школьного возраста, но может проявляться и у подростков.
Роль семьи: Часто поддерживается тревожной или гиперопекающей позицией родителей.
 6. Этиопатогенез тревожно-фобических расстройств.
Биопсихосоциальная модель:
Биологические факторы: Генетика, дисфункция нейромедиаторных систем (ГАМК, серотонин, норадреналин), особенности работы миндалевидного тела («тревожный мозг»).
 - Психологические факторы: Теория научения (условно-рефлекторные механизмы, моделирование родительского тревожного поведения), когнитивные искажения (катастрофизация, сверхгенерализация).
 - Семейные и социальные факторы: Тревожный стиль воспитания, семейные конфликты, травматический опыт.
 7. Диагностика и дифференциальная диагностика.
Методы: Клиническое интервью с ребенком и родителями, использование стандартизированных опросников (например, SCARED), наблюдение.
Дифференциальная диагностика:
Нормативные возрастные страхи. Расстройства аутистического спектра

(РАС). Депрессивные расстройства. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Реакция на стресс (PTSD). Соматические заболевания (гипертиреоз).

8. Принципы терапии и коррекции. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): «Золотой стандарт» лечения. Включает: психообразование, когнитивную переработку, техники экспозиции и предотвращения реакции, обучение релаксации и навыкам совладания. Семейная терапия: Работа с родителями для коррекции стиля воспитания, снижения уровня семейной тревоги, обучения поддержке ребенка. Медикаментозная терапия: Назначается в тяжелых случаях. Применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) под строгим контролем врача-психиатра. Школьные интервенции: Создание поддерживающей среды в образовательном учреждении, работа с педагогами.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,
Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 10. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) у детей и подростков.

Содержание темы:

1. Клиническая картина и специфика проявлений ОКР в детском и подростковом возрасте.

Определение ОКР: Навязчивые, повторяющиеся мысли (обсессии) и/или действия (компульсии).

Возрастные особенности: Меньшая способность к критике и сопротивлению навязчивостям по сравнению со взрослыми. Дети могут воспринимать ритуалы как «правильные» и не всегда осознают их иррациональность.

Типичная симптоматика:

Обсессии: Страхи загрязнения, заражения, причинения вреда себе или близким, симметрии и порядка, религиозные или моральные идеи.

Компульсии: Частое мытье рук, перепроверки (выключен ли свет, закрыта ли дверь), упорядочивание предметов, мысленные ритуалы (счет, повторение «безопасных» слов).

«Магическое мышление»: Характерная для детей вера в то, что выполнение ритуала предотвратит нежелательное событие.

2. Дифференциальная диагностика ОКР.

Отличие от нормальных возрастных ритуалов (например, шагание по трещинкам на асфальте у младших школьников).

Отличие от расстройств аутистического спектра (стереотипии при РАС не вызывают внутреннего напряжения и не направлены на снижение тревоги).

Отличие от тиков и синдрома Туретта (компульсии целенаправленны, тики — нет).

Отличие от бредовых расстройств (при ОКР сохранена критика к навязчивостям, даже если она слабая).

Коморбидность: частое сочетание ОКР с тревожными расстройствами, депрессией, СДВГ, тиками.

3. Этиология и патогенез: современные биопсихосоциальные модели.

Биологические факторы: Генетическая предрасположенность, дисфункция нейромедиаторных систем (в первую очередь, серотонинергической и глутаматергической), особенности работы фронто-стриато-таламо-кортикальных нейронных цепей.

Психологические факторы: Особенности темперамента (повышенная тревожность, перфекционизм), психотравмирующие события, стиль воспитания (гиперопека, повышенные требования).

Интегративная модель: «уязвимость-стресс» — биологическая предрасположенность реализуется под воздействием психологических и социальных триггеров.

4. Возрастная динамика начала и течения расстройства.

Два пика дебюта: Детский (8-11 лет) и подростковый (12-15 лет) возраст.

Особенности раннего начала: Чаще встречается у мальчиков, более высокая коморбидность с тиками, семейный анамнез.

Варианты течения: Эпизодическое, хроническое (чаще) с волнообразным течением (обострения и ремиссии). Факторы, влияющие на прогноз.

5. Методы диагностики и оценки тяжести ОКР.

Клинико-анамнестический метод: Беседа с ребенком и родителями, наблюдение.

Стандартизированные интервью и опросники:

Детская обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (CY-BOCS) — «золотой стандарт».

Опросники для родителей и учителей.

Оценка функционального нарушения: Влияние симптомов на учебу, социальную жизнь и семейные отношения.

6. Основные направления терапии: когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) с экспозицией и предотвращением реакции (ЭПР).

КПТ с ЭПР — метод первого выбора: Поэтапное структурированное погружение ребенка в ситуации, вызывающие тревогу (экспозиция), с последующим отказом от компульсивного ритуала (предотвращение реакции).

Работа с когнициями: Идентификация иррациональных убеждений и «магического мышления», их переоценка.

Роль семьи: Психообразование родителей, включение семьи в терапевтический процесс как «ко-терапевтов», помощь в снижении уровня критики и вовлеченности в ритуалы ребенка.

7. Фармакотерапия ОКР у детей и подростков.

Препараты первого выбора: Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС: флуоксетин, сертралин, флувоксамин и др.).

Принципы назначения: «Старт низко, иди медленно», длительный курс терапии, тщательный мониторинг побочных эффектов (в т.ч. риск активации у подростков).

Комбинированная терапия: Сочетание КПТ и фармакотерапии при средней и тяжелой степени расстройства.

Второй и третий линии терапии: Другие классы антидепрессантов, атипичные антипсихотики как усилители терапии.

8. Прогноз, профилактика и вопросы реабилитации.

Факторы благоприятного прогноза: Острое начало, легкая и средняя тяжесть, отсутствие коморбидной патологии, хорошая социальная и семейная поддержка, раннее начало адекватной терапии.

Факторы неблагоприятного прогноза: Ранний дебют, хроническое течение, тяжелая симптоматика, коморбидность, ригидность семейной системы.

Профилактика: Раннее выявление тревожных черт, работа с родителями по формированию адаптивных стратегий coping'a у ребенка, снижение уровня стресса.

Реабилитация: Помощь в реинтеграции в школьный коллектив, работа с последствиями социальной изоляции, поддержка в освоении новых социальных ролей.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,
Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 11. Реактивные состояния и расстройства адаптации, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Содержание темы:

1. Понятие и общая характеристика реактивных состояний.

Определение: Психогенно обусловленные расстройства, возникающие как непосредственная реакция на внешнее, субъективно значимое стрессовое событие.

Ключевой критерий: Наличие причинно-следственной связи между стрессором и клинической картиной.

Основные формы, рассматриваемые в теме: расстройства адаптации, острая реакция на стресс, ПТСР.

Особенности у детей и подростков: проявления тесно связаны с этапом развития (возрастом), когнитивными и эмоциональными возможностями.

2. Расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10).

Определение: Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающее в период адаптации к значительным изменениям в жизни или стрессовому событию (развод родителей, переезд, поступление в школу/вуз, болезнь).

Клиническая картина:

Сниженное настроение, тревога, беспокойство.

Нарушения поведения (агрессия, оппозиционность, у подростков — делинквентные поступки).

Соматические симптомы (головные боли, боли в животе).

Критерии диагностики: Симптомы появляются в течение 1-3 месяцев после стрессового события и длятся не более 6 месяцев после его прекращения.

3. Острая реакция на стресс (F43.0 по МКБ-10).

Определение: Преходящее расстройство значительной тяжести в ответ на исключительный физический или психологический стресс (катастрофа, насилие, тяжелая утрата).

Клиническая картина:

«Оглушенность»: сужение сознания, снижение внимания, дезориентация.

Вегетативные проявления (тахикардия, потливость, покраснение).

Тревога, отчаяние, гнев или отчаяние.

У детей — возможны агрессивное или протестное поведение, регресс навыков (энурез).

Важная особенность: Симптомы развиваются в течение минут или часов после стресса и обычно начинают ослабевать в течение нескольких часов/дней (до 48-72 часов).

4. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, F43.1 по МКБ-10).

Определение: Отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс у почти любого человека (война, стихийное бедствие, пытки, сексуальное насилие).

Ключевые диагностические кластеры симптомов (у детей с возрастными особенностями):

Повторное переживание травмы: Навязчивые воспоминания, кошмары, флешбэки, интенсивный дистресс при напоминаниях. У детей — в игре, рисунках.

Избегание: упорное избегание мыслей, чувств, разговоров, мест, людей, напоминающих о травме.

Негативные изменения в мышлении и настроении: Неспособность вспомнить части травмы, стойкие негативные убеждения, чувство отчужденности, ангедония (утрата способности радоваться).

Стойкая повышенная возбудимость и реактивность: Гипервигильность (повышенная бдительность), преувеличенная стартовая реакция, проблемы с концентрацией, раздражительность и вспышки гнева, нарушения сна.

5. Возрастные особенности проявления ПТСР у детей и подростков.

Дошкольный возраст: Регресс в развитии (энурез, сосание пальца), страхи разлуки, воспроизведение травмы в игре, соматические жалобы.

Младший школьный возраст: Агрессивное или withdrawn (замкнутое) поведение, трудности в учебе, игры с травматическим сюжетом, страх преждевременной смерти своей или близких.

Подростковый возраст: Более близкая картина к взрослым, но с присоединением импульсивности, рискованного поведения, злоупотребления ПАВ, самоповреждающего поведения, чувства вины.

6. Факторы риска и устойчивости

Факторы риска: Индивидуальная уязвимость, наличие дотравматической психопатологии, тяжесть и продолжительность травмы, отсутствие поддержки от близких, повторяющаяся травма.

Факторы устойчивости: Стабильная и поддерживающая семейная обстановка, развитые копинг-стратегии, позитивная самооценка, доступность своевременной помощи.

7. Дифференциальная диагностика.

Разграничение между расстройством адаптации, острой реакцией на стресс и ПТСР (по критериям: тяжесть стрессора, время возникновения, длительность, структура симптомов).

Отличие от тревожных расстройств (генерализованное тревожное, паническое), депрессии, расстройств поведения.

Учет возможности коморбидности (сопутствующих расстройств).

8. Основные принципы терапии и психологической помощи.

Этапность помощи: Кризисное вмешательство → стабилизация → длительная психотерапия.

Методы психотерапии:

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), в частности, травма-фокусированная КПТ «золотой стандарт» для работы с детским ПТСР.

Игровая и арт-терапия (для детей младшего возраста).

EMDR (ДПДГ — десенсибилизация и переработка движением глаз) — эффективный метод переработки травматических воспоминаний.

Семейная терапия: Вовлечение семьи для создания безопасной среды и улучшения коммуникации.

Фармакотерапия: Вспомогательная роль (антидепрессанты СИОЗС, анксиолитики) при тяжелых формах для купирования тревоги, депрессии, нарушений сна.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос, эссе.

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 12. Истерические проявления в детской практике, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства.

Содержание темы:

1. Введение и определение понятий. Особенности проявлений в детском и подростковом возрасте.

Ключевые концепции: Разграничение терминов «истерические проявления» (как неспецифические поведенческие реакции), «конверсионные расстройства» (трансформация психического конфликта в соматоневрологические симптомы) и «соматоформные расстройства» (хронические жалобы без объективного подтверждения болезни).

Возрастная специфика: Связь с этапами психологического развития. У детей младшего возраста проявления более примитивны и телесны (истерики, задержка дыхания), у подростков — сложнее, с элементами театральности и социального воздействия.

Основная функция симптома: «Бегство в болезнь» как способ разрешения невыносимой психологической ситуации, привлечения внимания или избегания требований.

2. Этиология и патогенез: Преморбидные особенности личности и провоцирующие факторы.

Предиспозиция (Преморбидные черты): Демонстративность, внушаемость, самовнушаемость, эмоциональная лабильность, инфантилизм, «художественный» тип мышления.

Психогенные факторы:

Острая или хроническая психотравма (ссоры в семье, развод родителей, школьные конфликты, неудачи).

Внутриличностный конфликт (между желаниями и возможностями, между «должен» и «хочу»).

Вторичная выгода: бессознательное получение преимуществ от болезни (внимание, освобождение от обязанностей).

Роль семьи: Гиперопека, противоречивое воспитание, «кумир семьи», моделирование болезненного поведения родителями.

3. Клиническая картина диссоциативных (конверсионных) расстройств у детей.

Двигательные нарушения:

Психогенные параличи, парезы, астазия-абазия (невозможность стоять и ходить при сохранном мышечном тоне).

Гиперкинезы (тремор), припадки, напоминающие эпилептические, но без потери сознания и ушибов.

Сенсорные нарушения:

Психогенная слепота, глухота, сужение полей зрения.

Расстройства чувствительности (онемение, «перчатки», «чулки»).

Вегетативные и псевдосоматические проявления: Психогенная рвота, икота, кашель, одышка, ком в горле (globus hystericus).

Характерная черта: Несоответствие симптомов данным неврологического обследования («неврологическая нестыковка»).

4. Клиническая картина соматоформных расстройств у детей и подростков.

Соматизированное расстройство: Множественные, повторяющиеся, меняющиеся соматические симптомы (боли в разных частях тела, желудочно-кишечный дискомфорт, кожные проявления) без объективных признаков.

Ипохондрическое расстройство: Навязчивая озабоченность возможностью заболеть, тревожное прислушивание к телесным ощущениям, страх перед тяжелой болезнью.

Соматоформная вегетативная дисфункция: Жалобы, относимые к органам, иннервируемым ВНС (сердцебиение, потливость, покраснение кожи, дискомфорт в животе).

Хроническое соматоформное болевое расстройство: Упорная, тяжелая психогенная боль, которая является доминирующей жалобой.

5. Возрастная эволюция истерических проявлений: от раннего детства к подростковому возрасту.

Ранний возраст (1-3 года): Аффективно-респираторные приступы (закатывания), протестные истерики.

Дошкольный возраст (3-7 лет): Фантазирование как уход от реальности, мнимые болезни для манипуляции, регресс навыков (энурез, энкопрез) при стрессе.

Младший школьный возраст: Школьные фобии, головные боли, боли в животе перед контрольными, снижение успеваемости.

Подростковый возраст: Наибольшее разнообразие. Демонстративные суицидальные попытки, побеги из дома, анорексия, бунтующее поведение, идентификация с «больной» ролью.

6. Дифференциальная диагностика.

Отличие от неврологических и соматических заболеваний: Обязательное исключение органической патологии (эпилепсия, рассеянный склероз, опухоли мозга, аутоиммунные заболевания).

Отличие от симуляции: Симуляция — сознательное воспроизведение симптомов, а конверсия — бессознательный процесс.

Отличие от других психических расстройств: Шизофрения (где может быть истериформная симптоматика, но с другими базовыми нарушениями), депрессия (которая часто сопровождается соматическими жалобами), тревожные расстройства.

7. Принципы терапии и коррекции.

Психотерапия (основной метод):

Семейная психотерапия (выявление и коррекция патологических отношений в семье).

Когнитивно-поведенческая терапия (работа с иррациональными установками, обучение навыкам совладания).

Игровая терапия, арт-терапия (для детей младшего возраста).

Суггестивные методы (внушение, гипноз) — с осторожностью, учитывая высокую внушаемость.

Медикаментозная терапия (вспомогательная): Кратковременное назначение транквилизаторов, антидепрессантов (при сопутствующей тревоге и депрессии), мягких нейролептиков для снижения аффективной напряженности.

Организационные мероприятия: Нормализация режима дня, учебной нагрузки, включение в посильную деятельность, создание единой воспитательной стратегии.

8. Прогноз и профилактика.

Прогноз: В детском возрасте при своевременном вмешательстве — в целом благоприятный. Наиболее благоприятен при острых реакциях. Хронизация вероятна при сохранении психотравмирующей ситуации, ригидности семейной системы и наличии выраженных преморбидных черт.

Профилактика:

Адекватное, непротиворечивое воспитание, избегание гиперопеки и кумирства.

Формирование реалистичной самооценки и навыков преодоления трудностей.

Своевременное разрешение школьных и семейных конфликтов.

Просвещение родителей и педагогов о психосоматических связях и возрастных кризисах.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 13. Невротическая депрессия, депрессивные эквиваленты (соматические симптомы, поведенческие нарушения)

Содержание темы:

1. Определение и ключевые характеристики невротической депрессии.

Отличие от эндогенной и психотической депрессии: связь с психотравмирующей ситуацией, обратимость, сохранность критики.

Основной психологический конфликт: противоречие между желаниями, возможностями и реальностью ребенка.

Ведущая эмоция: тоска, печаль, но в отличие от взрослых, часто носящая нестойкий, ситуационно-обусловленный характер.

2. Этиология и патогенез.

Предрасполагающие факторы: тревожно-мнительные черты характера, сенситивность, низкая самооценка, наследственная слабость нервной системы.

Пусковые механизмы (психотравма):

Для детей: разлука с матерью, конфликты в семье, смена школы, буллинг, рождение сиблинга.

Для подростков: неудачи в общении со сверстниками, неразделенная любовь, экзистенциальные кризисы, конфликт между «хочу» и «могу».

Патогенез: срыв высшей нервной деятельности и формирование «порочного круга» негативных мыслей, эмоций и соматических реакций.

3. Клиническая картина «классической» невротической депрессии.

Эмоциональная сфера: подавленное настроение, плаксивость, апатия, ангедония (утрата способности получать удовольствие), чувство одиночества.

Когнитивная сфера: пессимистические мысли, заниженная самооценка, трудности с концентрацией внимания, снижение успеваемости.

Волевая сфера: астения, быстрая утомляемость, нерешительность.

4. Понятие депрессивных эквивалентов. «Маскированная депрессия» в детском возрасте.

Определение: состояния, при которых классические симптомы депрессии отсутствуют или слабо выражены, а на первый план выходят соматические или поведенческие нарушения.

Причина возникновения: незрелость эмоциональной сферы и невозможность вербализировать свои переживания. «Тело говорит вместо души».

5. Соматические (телесные) эквиваленты депрессии.

Алгии (боли): частые головные боли, боли в животе, в конечностях без явной органической причины.

Вегетативные и функциональные расстройства:

Нарушения сна (трудности засыпания, беспокойный сон).

Нарушения аппетита (снижение или повышение).

Диспепсические явления (тошнота, рвота, диарея).

Головокружения, колебания артериального давления.

Энурез, энкопрез (как регресс на фоне стресса).

6. Поведенческие эквиваленты депрессии.

Изменение поведения: раздражительность, агрессивность, грубость, негативизм.

Снижение активности и интересов: потеря интереса к играм, хобби, избегание общения со сверстниками.

Поведенческая регрессия: возврат к поведению, характерному для более младшего возраста (сосет палец, требует постоянного внимания).

Девиянтное поведение у подростков: уходы из дома, прогулы школы, употребление психоактивных веществ (как способ самолечения).

7. Возрастные особенности проявления.

Дошкольники: преобладают соматические симптомы (боли, нарушения сна и аппетита), капризность, регресс навыков.

Младшие школьники: сочетание соматических жалоб и поведенческих нарушений (агрессия, снижение успеваемости, школьные фобии).

Подростки: более выражены апатия, ангедония, идеи самоуничтожения, протестное и саморазрушительное поведение; депрессия часто «маскируется» под философский поиск или бунт.

8. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики.

Методы: клиническая беседа (с ребенком и родителями), наблюдение, проективные методики (рисунок, сказка), стандартизированные опросники.

Дифференциальная диагностика:

С соматическими заболеваниями (требуется осмотр педиатра, невролога).

С эндогенной депрессией (наличие аутохтонного ритма, сезонность, семейный анамнез).

С расстройствами поведения (истинная ли это поведенческая проблема или «маска» депрессии).

С тревожными расстройствами (тревога часто коморбидна депрессии).

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос, Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 14. Обзор подходов к психотерапии неврозов у детей и подростков: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), игровая терапия, арт-терапия, гештальт-терапия.

Содержание темы:

1. Введение в проблему: Особенности психотерапии неврозов у детей и подростков.

Ключевые задачи: Учет возрастных особенностей (эго-центризм, конкретность мышления, зависимость от семьи), незрелость рефлексии и вербального аппарата.

Специфика работы: Невроз как следствие внутреннего и внешнего конфликта. Роль семьи как ресурса и/или источника проблемы. Важность невербальных и проективных методик.

Общая цель всех направлений: Снижение тревоги, отреагирование негативных эмоций, переработка внутренних конфликтов, развитие адаптивных навыков и укрепление Эго.

2. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): Структурированный подход к изменению мыслей и поведения.

Основная идея: Неврозы поддерживаются иррациональными (дисфункциональными) мыслями и убеждениями, которые приводят к дезадаптивному поведению и эмоциональным нарушениям.

Методы и техники:

Для детей: «Шкала чувств» (визуализация интенсивности эмоций), ведение «дневника настроения», техника «Ловушки мышления» (обучение идентификации когнитивных искажений), ролевые игры для отработки новых поведенческих паттернов.

Для подростков: Сократовские диалоги, когнитивное реструктурирование, поведенческие эксперименты, обучение техникам релаксации и решения проблем.

Показания: Тревожные расстройства, фобии, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), социальные страхи, депрессия легкой и средней степени тяжести.

3. Игровая терапия: Естественный язык ребенка.

Основная идея: Игра - это символический язык ребенка, через который он выражает свои переживания, конфликты и страхи. Игровая комната - это безопасное пространство для их проработки.

Направления:

Ненаправленная (клиенто-центрированная) игровая терапия (К. Роджерс): Терапевт создает атмосферу безусловного принятия, следует за инициативой ребенка, осуществляя вербализацию его чувств.

Направленная игровая терапия: Терапевт более активен, предлагает определенные темы, игрушки или сценарии для отработки конкретных проблем.

Методы и техники: Использование кукол, песочницы, фигурок животных, масок, игр с водой и песком. Проигрывание травмирующих ситуаций и поиск новых решений.

Показания: Неврозы, связанные с семейными конфликтами, сепарационной тревогой, последствиями психологических травм, замкнутостью, агрессией.

4. Арт-терапия: Исцеление через творчество.

Основная идея: Визуальные образы и творческий процесс позволяют обойти цензуру сознания и вербализационные барьеры, давая прямой доступ к бессознательному материалу.

Формы работы: Рисунки, лепка (глина, пластилин), коллаж, работа с мандалами, создание масок.

Методы и техники: Проективные методики («Нарисуй свой страх», «Место, где я чувствую себя в безопасности»), спонтанное рисование, создание ресурсных образов, техники работы с цветом и формой для регуляции эмоционального состояния.

Показания: Трудности в вербальном выражении чувств, повышенная тревожность, низкая самооценка, психосоматические проявления, последствия стресса и травм.

5. Гештальт-терапия: Работа с «здесь и сейчас» и осознанием.

Основная идея: Невроз возникает из-за незавершенных гештальтов (незавершенных ситуаций) и прерывания контакта с собственными потребностями и чувствами. Цель — завершить незавершенное и восстановить способность к осознанию.

Методы и техники:

Работа с телом: Осознание телесных ощущений («Что ты чувствуешь в груди, когда говоришь об этом?»).

Техника «пустого стула»: Для диалога с частью себя или значимым другим (чаще у подростков).

Усиление чувств и вербализаций: «Попробуй сказать это громче», «Повтори эту фразу несколько раз».

Работа с рисунками и образами: «Что этот твой страх хочет тебе сказать?».

Показания: Трудности в контакте с актуальными переживаниями, подавленные эмоции (гнев, обида), проблемы с границами, семейные конфликты.

6. Сравнительный анализ подходов: сильные и слабые стороны.

КПТ: Сила — структурированность, эмпирическая доказательность, краткосрочность. Слабость — меньший фокус на глубинных, экзистенциальных переживаниях.

Игровая и арт-терапия: Сила — доступность для любого возраста, работа с глубинным бессознательным, безопасность. Слабость — может быть менее эффективна при необходимости быстрого изменения конкретных симптомов.

Гештальт-терапия: Сила — фокус на актуальных переживаниях, развитие ответственности и осознанности. Слабость — требует определенного уровня рефлексии, которая может быть не развита у младших детей.

7. Интегративный и семейно-ориентированный подход.

Необходимость интеграции: На практике часто используется комбинация методов (например, арт-терапевтические техники в рамках гештальт-подхода или игровые элементы в КПТ для младших детей).

Работа с семьей: Рассмотрение ребенка как части семейной системы. Любое направление эффективнее, если включает работу с родителями (семейные сессии, родительские консультации) для изменения паттернов взаимодействия в семье.

8. Критерии выбора метода и оценка эффективности терапии.

Факторы выбора: Возраст и уровень когнитивного развития ребенка, характер невротической симптоматики, личностные особенности, запрос семьи, квалификация и ориентация самого терапевта.

Оценка эффективности: Снижение выраженности симптомов, улучшение эмоционального состояния, нормализация сна и аппетита, повышение успеваемости, налаживание социальных контактов, положительная динамика по данным проективных методик и обратная связь от родителей и ребенка.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,
Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 15. Семейная психотерапия и работа с родителями, методы коррекции детско-родительских отношений, психообразование семьи.

Содержание темы:

1. Семья как система и её роль в возникновении и поддержании невротизации у ребенка. Ключевые концепции: Семейная система, гомеостаз, треугольники отношений (например, ребенок как «козёл отпущения» или «симптомный носитель» семейного конфликта).

Паттерны семейного взаимодействия, способствующие невротизации: Ригидные или размытые границы между подсистемами (родительская, детская). Двойные послания (double bind) и патологизирующая коммуникация. Высокий уровень критики, гиперопека или эмоциональное отвержение. Делегирование - когда ребенок бессознательно «выбран» для проживания нереализованных амбиций или вытесненных проблем родителей.

2. Цели и этапы семейной психотерапии при невротизации.

Цели: Не просто снять симптом у ребенка, а трансформировать дисфункциональные семейные отношения, улучшить коммуникацию, восстановить иерархию (родители - главные) и создать «безопасное пространство» для всех членов семьи.

Этапы:

1. Диагностический (сбор информации, оценка структуры семьи, гипотеза о функции симптома).

2. Формирование мотивации и терапевтического альянса со всеми членами семьи.

3. Реконструкция семейных отношений (основной этап работы).

4. Поддержание новых, адаптивных паттернов поведения и коммуникации.

5. Завершение терапии и профилактика рецидивов.

3. Основные методы и техники семейной психотерапии.

Структурная семейная терапия (С. Минухин): Техники для укрепления родительской подсистемы и прояснения границ (например, «реквизиция семьи»).

Системная семейная терапия (М. Боуэн): Работа с дифференциацией «Я», генограммой, треугольниками.

Стратегическая терапия: Использование парадоксальных предписаний и заданий для изменения стереотипных взаимодействий.

Нарративный подход: «Экстернализация проблемы» (отделение проблемы от личности ребенка: не «ты тревожный», а «твоя тревожность тебя атакует»).

Техники коммуникации: Активное слушание, «Я-сообщения», обучение конструктивному разрешению конфликтов.

Специфика работы с родителями: формы и направления.

Родительские консультации (индивидуальные и совместные): Анализ конкретных ситуаций, поиск альтернативных способов реагирования.

Родительские группы: Обучение и поддержка в группе себе подобных, обмен опытом.

«Коучинг» для родителей: Прямое обучение эффективным родительским навыкам в реальном времени.

Направления работы:

Осознание собственного вклада в проблему ребенка.

Проработка родительских установок и ожиданий (часто завышенных).

Обучение управлению собственными эмоциями (тревогой, гневом).

Методы коррекции детско-родительских отношений (КДО).

Совместные игровые сессии: Наблюдение за взаимодействием и введение терапевтом новых правил игры для улучшения контакта.

Метод «Обучения взаимодействию» (В. В. Лебединский, О. С. Никольская): Структурированное общение для детей с нарушениями аффективной регуляции.

Техники арт-терапии и проективные методы: Совместное рисование («Рисунок семьи», «Совместный рисунок мира») для диагностики и отреагирования эмоций.

Бихевиоральные методы: Заключение «семейного контракта» с системой поощрений за желательное поведение.

Психообразование семьи как основа терапевтического альянса.

Суть метода: Просвещение семьи о природе невроза, его симптомах, причинах и механизмах.

Ключевые темы для объяснения семье:

Что такое невроз? (Объяснение на доступном языке, уход от стигматизации).

Роль биологических (темперамент) и психологических (стресс, конфликт) факторов.

«Язык» симптома: как через телесные проявления (тики, энурез) или страх говорит психологическая проблема.

Цикл «тревога-симптом-реакция родителей-усиление тревоги».

Содержание и формы психообразовательной работы.

Информирование: О специфике возраста (кризисы 3 лет, 7 лет, подростковый период) и нормативных стрессах.

Обучение: Распознаванию триггеров невротических реакций и стратегиям их предотвращения.

Развитие эмпатии: Помощь родителям в понимании внутреннего мира ребёнка, его переживаний и страхов.

Формы работы:

Информационные брошюры и памятки.

Лекции и семинары для родителей.

Обсуждение в рамках терапевтических сессий.

Рекомендация проверенной литературы и ресурсов.

Оценка эффективности семейной терапии и работа со «сопротивлением».

Критерии эффективности:

Смягчение или исчезновение невротического симптома у ребёнка.

Улучшение психологического климата в семье (снижение конфликтности).

Изменение восприятия проблемы родителями (переход от обвинения ребёнка к пониманию системного характера трудностей).

Формирование у родителей чувства компетентности и уверенности.

Работа со «сопротивлением»: Тактики работы с родителями, которые саботируют терапию, обвиняют только ребёнка или не готовы менять собственное поведение (техники присоединения, использование метафор, работа с вторичными выгодами от симптома).

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

Тема 16. Взаимодействие психотерапевта, психиатра, невролога и педагога в лечении и профилактике неврозов.

Содержание темы:

1. Первичная диагностика и дифференциация (Этап постановки диагноза)

Психиатр: Проводит первичную диагностику, устанавливает клинический диагноз (например, «тревожное невротическое расстройство», «обсессивно-компульсивное расстройство»), исключает эндогенные заболевания (шизофрения, биполярное расстройство). Назначает при необходимости медикаментозную терапию (анксиолитики, антидепрессанты).

Невролог: Исключает или подтверждает наличие органической патологии ЦНС (последствия перинатального поражения, вегетативная дисфункция, тики, последствия черепно-мозговых травм), которая может имитировать или усугублять невротическую симптоматику. Назначает курсы сосудистой, ноотропной, седативной терапии.

Психотерапевт: Проводит углубленное психологическое обследование: выявляет внутриличностные конфликты, механизмы психологической защиты, особенности семейных отношений, триггерные ситуации. Это формирует мишень для психотерапевтической работы.

Педагог (воспитатель/учитель): Предоставляет информацию о поведении ребенка в коллективе, его успеваемости, способности концентрироваться, взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми, что является ценным наблюдением в «естественной среде».

2. Разработка единого терапевтического плана

На основе данных диагностики специалисты на консилиуме (или через последовательный обмен информацией) формулируют общие цели и задачи.

Создается интегрированный план, где прописываются:

Медикаментозная стратегия (психиатр, невролог): какие препараты, в какой дозировке, с учетом взаимного влияния.

Психотерапевтическая стратегия (психотерапевт): форма терапии (индивидуальная, семейная, групповая), основные методы (когнитивно-поведенческая, игровая, арт-терапия).

Педагогическая коррекция (педагог): рекомендации по режиму учебной нагрузки, способам взаимодействия с ребенком в школе/саду, созданию «ситуации успеха».

3. Реализация лечения и коррекции в своих зонах ответственности

Психотерапевт: Работает с ребенком и семьей: помогает осознать и переработать конфликты, обучает навыкам саморегуляции и управления тревогой, меняет дезадаптивные установки. Является часто «координатором» процесса.

Психиатр: Контролирует динамику симптомов, эффективность и переносимость лекарств, корректирует дозы. Работает с наиболее тяжелыми проявлениями (панические атаки, выраженные обсессии).

Невролог: Проводит курсы лечения, направленные на улучшение мозговой деятельности, стабилизацию вегетативной нервной системы, снижение возбудимости.

Педагог: Создает в учебном заведении щадящую и поддерживающую атмосферу: дозирует нагрузки, избегает публичных критик, поощряет участие ребенка, информирует психотерапевта о возникающих школьных проблемах.

4. Постоянный обмен информацией и мониторинг динамики

Осуществляется через регулярные консилиумы, заключения в историю болезни или обмен электронными сообщениями (с согласия законных представителей).

Пример: Педагог сообщает психотерапевту об усилении тревоги у ребенка перед контрольными. Психотерапевт на сеансе прорабатывает эту тему, а психиатр, при необходимости, может временно скорректировать терапию. Невролог, видя положительную динамику, отменяет седативные препараты.

5. Профилактика рецидивов и работа с семьей/окружением

Психотерапевт и психиатр: Обучают родителей и самого ребенка (по возрасту) распознавать «первые звоночки» ухудшения состояния. Проводят психообразовательные беседы о природе неврозов.

Педагог и психотерапевт: Разрабатывают рекомендации для родителей по оптимизации режима дня, учебной нагрузки, досуга ребенка. Педагог может участвовать в создании программ по укреплению психического здоровья в школьном коллективе.

Невролог: Дает рекомендации по общеукрепляющим процедурам (ЛФК, массаж, закаливание), которые повышают устойчивость нервной системы.

Форма контроля и отчетности усвоения материала: опорный конспект, устный опрос,

Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: да.

2.5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы

Наименование раздела, тема	Вид самостоятельной работы обучающегося (аудиторной и внеаудиторной)	Кол- во часов	Семестр
Раздел 1. Теоретические основы, диагностика и этиология неврозов у детей и подростков			
Тема 1. Определение понятий «невроз», «реактивное состояние», «психогения», современные классификации (МКБ-10, DSM-5) и их сравнение.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7
Тема 2. Возрастная эволюция неврозов - специфика проявлений в раннем, дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7
Тема 3. Этиология и патогенез неврозов - многофакторная модель: биологическая предрасположенность (конституция, темперамент), психологические и социальные факторы.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	3
Тема 4. Роль семьи и детско-родительских отношений в формировании невротических реакций, типы дисфункциональных семей	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7
Тема 5. Психологические механизмы защиты и копинга при неврозах.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7
Тема 6. Основы психологической диагностики невротических расстройств у детей и подростков.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7

Наименование раздела, тема	Вид самостоятельной работы обучающегося (аудиторной и внеаудиторной)	Кол- во часов	Семестр
Тема 7. Дифференциальная диагностика - отграничение невротизации от расстройств аутистического спектра (РАС), аффективных расстройств, психозов и органических нарушений.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7
Тема 8. Невротизация и психосоматические расстройства в детском возрасте, понятие об алекситимии и конверсионных симптомах.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, электронными образовательными ресурсами, составление словаря терминов по тексту лекции, тестовые задания на платформе</i>	2	7
Итого		16	7
Раздел 2. Клинические формы, терапия, коррекция и профилактика			7
Тема 1. Тревожно- фобические расстройства - специфические фобии, генерализованное тревожное расстройство, социальная тревожность, сепарационная тревога.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), опорный конспект, работа с конспектом лекций, ситуационные задачи, составление таблицы «Методы психологии». тестовые задания на платформе</i>	1	7
Тема 2. Обсессивно- компульсивное расстройство (ОКР) у детей и подростков.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), опорный конспект, ситуационные задачи, составление кроссвордов с использованием психологических терминов. тестовые задания на платформе</i>	1	7
Тема 3. Реактивные состояния и расстройства адаптации, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), опорный конспект, ситуационные задачи, тестовые задания на платформе</i>	1	7
Тема 4. Истерические проявления в детской практике, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, сборником тестовых заданий, электронными образовательными ресурсами, ситуационные задачи, выполнение индивидуального задания, тестовые задания на платформе</i>	1	7

Наименование раздела, тема	Вид самостоятельной работы обучающегося (аудиторной и внеаудиторной)	Кол- во часов	Семестр
Тема 5. Невротическая депрессия, депрессивные эквиваленты (соматические симптомы, поведенческие нарушения)	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), опорный конспект, ситуационные задачи, выполнение индивидуального задания, тестовые задания на платформе</i>	1	7
Тема 6. Обзор подходов к психотерапии неврозов у детей и подростков: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), игровая терапия, арт-терапия, гештальт-терапия.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, сборником тестовых заданий, электронными образовательными ресурсами, презентация тестовые задания на платформе</i>	1	7
Тема 7. Семейная психотерапия и работа с родителями, методы коррекции детско-родительских отношений, психообразование семьи.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, сборником тестовых заданий, электронными образовательными ресурсами, тестовые задания на платформе</i>	1	7
Тема 8. Взаимодействие психотерапевта, психиатра, невролога и педагога в лечении и профилактике неврозов.	<i>Контрольные вопросы (вопросы для самоподготовки), работа с конспектом лекций, учебно-методической литературой, сборником тестовых заданий, электронными образовательными ресурсами, тестовые задания на платформе</i>	1	7
Итого:		8	7
Всего:		24	7

1. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

1.1. Занятия, проводимые в интерактивной форме

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Вид учебных занятий	Кол- во час	Формы интерактивного обучения	Кол-во час
Раздел 1.					
Теоретические основы, диагностика и этиология неврозов у детей и подростков					
1	Тема 1. Определение понятий «невроз», «реактивное состояние», «психогения», современные классификации (МКБ-10, DSM-5) и	лекция	2	Презентация. Информационные технологии	2

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Вид учебных занятий	Кол-во час	Формы интерактивного обучения	Кол-во час
	их сравнение.				
2	Тема 2. Возрастная эволюция неврозов - специфика проявлений в раннем, дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.	<i>семинар</i>	2	Презентация. Информационные технологии	2
3	Тема 3. Этиология и патогенез неврозов - многофакторная модель: биологическая предрасположенность (конституция, темперамент), психологические и социальные факторы.	<i>семинар</i>	2	Презентация. Информационные технологии	2
4	Тема 4. Роль семьи и детско-родительских отношений в формировании невротических реакций, типы дисфункциональных семей	<i>семинар</i>	2	Презентация. Информационные технологии Психологическое тестирование	2
Раздел 2. Клинические формы, терапия, коррекция и профилактика					
5	Тема 1. Тревожно-фобические расстройства - специфические фобии, генерализованное тревожное расстройство, социальная тревожность, сепарационная тревога.	<i>семинар</i>	2	Презентация. Информационные технологии	2
6	Тема 2. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) у детей и подростков.	<i>семинар</i>	2	Презентация. Информационные технологии	2
7	Тема 3. Реактивные состояния и расстройства адаптации, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).	<i>лекция</i>	2	Презентация. Информационные технологии	2
8	Тема 4. Истерические проявления в детской практике, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства.	<i>практическое занятие</i>	4	Презентация. Информационные технологии	2
Итого:		24/72			24

Критерии оценки по дисциплине в целом

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в РС	Оценка итоговая
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний по	A -B	100-91	5

дисциплине, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знания об объекте демонстрируются на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа..			
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.	C-D	90-81	4
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	E	80-71	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания	Fx- F	<70	2 Требуется пересдача/ повторное изучение материала

студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.			
---	--	--	--

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Информационное обеспечение дисциплины (согласовано с библиотекой)

Научная библиотека КемГМУ. Режим доступа: <https://kemsmu.ru/science/library/>

Электронная библиотека КемГМУ. - URL: <http://www.moodle.kemsma.ru>. - Режим доступа: по логину и паролю.

	Интернет-ресурсы:
1	Мир психологии - http://psychology.net.ru
2	Психологическая библиотека - http://www.znites.ru/psy/psylib
3	Официальный сайт Института психологии РАН – http://ipspras.ru/
4	Официальный сайт Психологического института РАО – http://www.pisrao.ru/
5	Официальный сайт Российского психологического общества – http://www.psyros.ru/
6	Официальный сайт Американского психологического общества - http://www.apa.org/
7	Официальный сайт журнала «Вопросы психологии» - http://www.voppsy.ru

№ п/ п	Библиографическое описание рекомендуемого источника литературы
	Основная литература
1	Немов, Р. С. Психология : учебник для вузов / Р. С. Немов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 501 с. — (Высшее образование). // Образовательная платформа Юрайт. - URL: https://urait.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. – Текст: электронный.
2	Гуревич, П. С. Психология : учебник для вузов / П. С. Гуревич. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 465 с. — (Высшее образование). // Образовательная платформа Юрайт. - URL: https://urait.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. – Текст: электронный.
3	Психология и педагогика : учебник для вузов / под общей редакцией В. А. Сластенина, В. П. Каширина. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 520 с. — (Высшее образование) // Образовательная платформа Юрайт. - URL: https://urait.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. – Текст:
	Дополнительная литература
6	Лукацкий, М.А. Психология: учебник / М. А. Лукацкий, М. Е. Остренкова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - (Серия «Психологический компендиум психолога»). – 704 с. // ЭБС «Консультант студента. -URL: https://www.studentlibrary.ru . – Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. – Текст: электронный.
7	Петрушин, В. И. Психология здоровья : учебник для вузов / В. И. Петрушин, Н. В. Петрушина. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 381 с. — (Высшее образование). // Образовательная платформа Юрайт. - URL: https://urait.ru . - Режим доступа: по IP-адресу университета, удаленный доступ по логину и паролю. – Текст: электронный.

5.3. Методические разработки кафедры

№ п/ п	Библиографическое описание рекомендуемого источника литературы
1	
2	
3	
4	
5	
6	

6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Помещения:

Учебные комнаты, лекционные залы, комната для самостоятельной подготовки.

Оборудование:

доски, столы, стулья,

Средства обучения:

Технические средства:

Компьютер с доступом к сети Интернет

Демонстрационные материалы:

мультимедийные презентации, видео-фрагменты фильмов

Оценочные средства на печатной основе:

тестовые задания по изучаемым темам, ситуационные задачи, темы рефератов, практические задания, контрольные вопросы промежуточного контроля, вопросы к зачету)

Учебные материалы:

учебные пособия

Программное обеспечение:

Windows 7 Professional

Windows 8.1 Professional

Microsoft Office 10 Standart

Microsoft Office 13 Standart

Linux лицензия GNU GPL

Лист изменений и дополнений РП

Дополнения и изменения в рабочей программе дисциплины
Б1.Б47 Неврозы и реактивные состояния в детском и подростковом возрасте
на 2026/ 2026 учебный год.

Регистрационный номер РП _____

Дата утверждения «__» _____ 20__ г.

Перечень дополнений и изменений, внесенных в рабочую программу	РП актуализирована на заседании кафедры		
	Дата	Номер протокола заседания кафедры	Подпись зав. кафедрой

Оценочные средства

Список вопросов для подготовки к зачёту / экзамену (в полном объёме):

1. Дайте определение невроза в детской и подростковой клинической психологии и психиатрии. Чем невроз отличается от психоза и расстройств личности?
2. Опишите основные этиологические концепции возникновения неврозов (психоаналитическая, поведенческая, когнитивная, биопсихосоциальная).
3. Раскройте структуру невроза по В.Н. Мясищеву: ядерные и облигатные симптомы.
4. Опишите основные классификации невротических расстройств в детском и подростковом возрасте (МКБ-10/11, DSM-5).
5. Что такое «реактивное состояние»? Чем реактивные состояния отличаются от неврозов?
6. Роль конституционально-биологических факторов (темперамент, наследственность) в формировании неврозов у детей.
7. Влияние семейной системы на генез и поддержание невротических расстройств у ребенка. Концепция «семейного невроза».
8. Значение возрастных кризисов (кризис 3-х лет, 7-ми лет, подростковый кризис) в возникновении невротических реакций.
9. Невроз страха (тревожное расстройство) в детском возрасте: клинические проявления, возрастная динамика, особенности страхов.
10. Сепарационная тревога: диагностические критерии, причины возникновения и методы коррекции.
11. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) в детском возрасте. Особенности содержания навязчивостей и ритуалов.
12. Ипохондрический невроз у подростков: клиническая картина и связь с личностным формированием.
13. Неврастения (астенический невроз) у школьников и подростков: причины, симптомы «раздражительной слабости».
14. Невротическая депрессия (дистимия): особенности проявления в детском и подростковом возрасте. Отличия от эндогенной депрессии.
15. Системные невротические проявления: невротический энурез, энкопрез, тики, заикание. Их место в структуре невроза.
16. Расстройства адаптации (реакция на стресс) у детей и подростков: диагностика и виды (с депрессивным настроением, с нарушением поведения).
17. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у детей: особенности проявления («флэшбэки», ночные кошмары, игры на травматическую тему).
18. Острая реакция на стресс: клиническая картина и неотложные меры помощи.
19. Нервная анорексия и булимия как психогенные расстройства в подростковом возрасте. Роль дисморфофобических переживаний.
20. Соматоформные расстройства у детей: жалобы, механизмы возникновения (конверсия), отличие от реальных соматических заболеваний.
21. Школьный невроз: причины, проявления (школьные фобии, отказ от посещения школы) и пути коррекции.
22. Основные принципы и методы диагностики неврозов у детей (клиническая беседа, наблюдение, проективные методики, опросники).
23. Рисунок семьи и другие проективные методики в диагностике детско-родительских отношений при неврозах.
24. Дифференциальная диагностика невроза страха и шизофрении с обсессивно-фобической симптоматикой.
25. Отличие невротических тиков от органических и наследственных тиковых расстройств (например, синдром Туретта).

26. Дифференциальная диагностика невротической депрессии и расстройств аутистического спектра.
27. Основные цели и этапы психотерапии неврозов у детей.
28. Игровая терапия как основной метод коррекции неврозов в дошкольном и младшем школьном возрасте.
29. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) при тревожных и обсессивно-компульсивных расстройствах у детей и подростков.
30. Семейная психотерапия в системе лечения детских неврозов: основные направления и техники.
31. Арт-терапия и сказкотерапия в работе с эмоциональными проблемами и страхами у детей.
32. Принципы и методы рациональной психотерапии при неврозах у подростков.
33. Роль психолога/психотерапевта в работе с родителями ребенка с неврозом. Психокоррекционная работа с семьей.
34. Показания и ограничения для применения медикаментозной терапии при неврозах у детей.
35. Первичная психопрофилактика неврозов в детском возрасте: основные направления.
36. Понятие о "невротической личности" и "школе невротиков". Профилактика в подростковом возрасте.
37. Влияние детского невроза на дальнейшее личностное развитие и социальную адаптацию.
38. Прогноз при различных формах неврозов у детей. Факторы, влияющие на благоприятный исход.
39. Роль педагога и школьного психолога в профилактике и раннем выявлении невротических реакций у учащихся.
40. Этика работы психолога и психотерапевта с детьми и подростками с невротическими расстройствами.

Тестовые задания (разных типов, в полном объёме с ключами ответов):

Тест 1

Вопрос: Какой из перечисленных факторов является ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ к развитию невроза у ребенка?

1. Конфликт с учителем в текущем учебном году.
2. Острый испуг после нападения собаки.
3. Врожденные особенности темперамента (например, повышенная тревожность).
4. Развод родителей месяц назад.

Ответ: 3. Врожденные особенности темперамента (например, повышенная тревожность).

- **Пояснение:** Предрасполагающие факторы — это внутренние условия, которые делают ребенка более уязвимым. Остальные варианты являются провоцирующими (пусковыми) факторами.

Тест 2

Вопрос: Для какого типа невроза в детском возрасте наиболее характерен симптом «ухода в болезнь»?

1. Невроз навязчивых состояний.
2. Истерический невроз.
3. Неврастения (астенический невроз).
4. Ночной энурез.

Ответ: 2. Истерический невроз.

- **Пояснение:** При истерическом неврозе ребенок может неосознанно использовать симптомы болезни для привлечения внимания, манипуляции окружением или избегания трудных ситуаций.

Тест 3

Вопрос: Какое из следующих реактивных состояний чаще всего возникает у ребенка как острая реакция на сверхсильную психическую травму?

1. Реактивное расстройство привязанности.
2. Школьная фобия.
3. Острая реакция на стресс.
4. Тики.

Ответ: 3. Острая реакция на стресс.

- **Пояснение:** Это состояние напрямую определяется в МКБ-10 как преходящее расстройство, возникающее в ответ на исключительный стрессовый фактор. Остальные варианты могут иметь более сложную или пролонгированную природу.

Тест 4

Вопрос: Основным психологическим механизмом развития невроза навязчивых состояний у детей считается:

1. Вытеснение внутриличностного конфликта.
2. Фиксация страха и попытка его «заклинания» с помощью ритуалов.
3. Незрелость и нестабильность вегетативной нервной системы.
4. Подавление гнева и агрессии.

Ответ: 2. Фиксация страха и попытка его «заклинания» с помощью ритуалов.

- **Пояснение:** Навязчивые действия (ритуалы) являются символической, неэффективной попыткой ребенка снизить тревогу и обезопасить себя от мнимой угрозы.

Тест 5

Вопрос: Какой из перечисленных подходов является ОСНОВНЫМ в лечении неврозов у детей?

1. Медикаментозная терапия ноотропными средствами.

2. Психотерапия, направленная на разрешение внутреннего конфликта.
3. Физиотерапевтические процедуры.
4. Строгая дисциплина и режим.

Ответ: 2. Психотерапия, направленная на разрешение внутреннего конфликта.

- **Пояснение:** Так как невроз рассматривается как психогенное расстройство, основанное на внутреннем конфликте, именно психотерапия является патогенетическим (воздействующим на причину) методом лечения. Остальные методы могут играть вспомогательную роль.

Пропущенное слово:

Тест 1

Вопрос: Основной причиной возникновения невроза у ребенка является хроническая или острая _____ ситуация, которая превышает его адаптационные возможности.

Ответ: психотравмирующая

Тест 2

Вопрос: Для невроза навязчивых состояний характерно появление _____ (мыслей, страхов, действий), которые ребенок воспринимает как чуждые, но избавиться от них не может.

Ответ: навязчивостей

Тест 3

Вопрос: В подростковом возрасте неврозы часто проявляются через соматоформные расстройства, когда психическое напряжение "воплощается" в физические симптомы, такие как головные боли или _____ боли без органической причины.

Ответ: абдоминальные

Тест 4

Вопрос: Ключевым фактором в терапии детских неврозов является _____ подход, который включает в себя работу не только с ребенком, но и с его семьей.

Ответ: системный

Тест 5

Вопрос: Реактивное состояние, возникающее как острая кратковременная реакция на тяжелый стресс (например, на потерю близкого), называется острой _____ реакцией.

Ответ: стрессовой

Открытые вопросы

Вопрос 1

Опишите ключевые различия между неврозом и реактивным состоянием (психогенной реакцией) у ребенка, используя критерии длительности, причины и обратимости.

Ответ:

Ключевые различия заключаются в следующем:

Причина: Реактивное состояние — это острая, непосредственная реакция на конкретный, сверхсильный психотравмирующий фактор (например, испуг при ДТП, внезапная потеря близкого). Невроз — это более стойкое состояние, возникающее в результате **длительного внутреннего конфликта** между личностными потребностями ребенка и возможностями их удовлетворения в окружающей среде (например, хронический конфликт между желанием самостоятельности и гиперопекой родителей).

Длительность: Реактивное состояние обычно кратковременно (от нескольких часов до нескольких недель). Невроз имеет затяжной, хронический характер (месяцы и годы).

Обратимость: Реактивные состояния, как правило, обратимы, особенно при своевременной помощи и устранении травмирующей ситуации. Невроз требует длительной, комплексной терапии (психотерапия, работа с семьей), так как он "вплетен" в структуру личности и механизмы coping.

Вопрос 2

Назовите и охарактеризуйте три основных типа невротических конфликтов по В.Н. Мясищеву, которые лежат в основе детских неврозов. Приведите пример каждого из них.

Ответ:

Согласно концепции В.Н. Мясищева, выделяют три типа невротического конфликта:

1. **Истерический тип ("хочу, но не дают"):** Характеризуется завышенным уровнем притязаний и преобладанием желаний над реальными возможностями, при неустойчивой самооценке. *Пример:* Ребенок в семье привык быть в центре внимания, но с рождением второго ребенка он лишается этой роли. Его конфликт — между желанием быть "кумиром" и реальным положением дел, что может вылиться в истерические формы поведения (капризы, агрессия к младшему sibling).
2. **Обсессивно-психастенический тип ("хочу, но не могу решиться"):** Противоречие между собственными потребностями и чувством долга, обязанностями. Характерны высокие моральные требования к себе, нерешительность, тревожная мнительность. *Пример:* Подросток хочет пойти на вечеринку с друзьями (потребность в общении), но боится расстроить родителей, которые ожидают от него только отличных оценок и постоянной подготовки к экзаменам. Это порождает внутреннюю борьбу, тревогу и навязчивые мысли.
3. **Неврастенический тип ("могу, но силы иссякли"):** Противоречие между возможностями личности (интеллектуальными, физическими) и завышенными требованиями к себе, часто подогреваемыми окружающими. *Пример:* Ребенок посещает множество кружков и секций (школа, музыка, спорт), с которыми он в принципе справляется, но постоянное напряжение и отсутствие отдыха приводят к "срыву" в виде неврастении с раздражительностью и истощаемостью.

Вопрос 3

Каковы основные психологические механизмы формирования системных неврозов (невротических привычек) у детей, таких как энурез, тики, заикание?

Ответ:

Основные механизмы:

1. **"Условная приятность" или "условная желательность" симптома:** Симптом является бессознательным способом решения внутреннего конфликта или привлечения внимания. Например, энурез у ребенка может "удерживать" мать рядом, возвращая его в состояние более раннего возраста, когда он получал больше заботы и ласки.
2. **"Фиксация" реакции:** Острая психогенная реакция (например, тик после испуга) закрепляется и становится привычной формой "разрядки" внутреннего напряжения. Нервная система как бы "застревает" на этом способе реагирования.
3. **Регрессия:** В ситуации стресса и невозможности справиться с требованиями среды, ребенок бессознательно возвращается (регрессирует) на более раннюю стадию психофизиологического развития, где были актуальны те или иные функции (например, контроль мочеиспускания).
4. **Смещение тревоги:** Невыраженная, непереносимая тревога, связанная с конфликтом в семье или школе, смещается на соматический или поведенческий уровень, находя выход в виде конкретного симптома, который легче переносить, чем осознавать саму проблему.

Вопрос 4

Почему подростковый возраст считается периодом повышенного риска для развития и манифестации невротических расстройств? Назовите не менее трех причин.

Ответ:

Подростковый возраст — критический период по нескольким причинам:

1. **Биологическая перестройка:** Пубертатный криз с гормональными бурями, вегетативной лабильностью и быстрыми изменениями тела делает нервную систему особо уязвимой и реактивной.
2. **Психологический кризис идентичности:** Происходит активный поиск себя, своего "Я", конфликт между стремлением к автономии и остающейся зависимостью от родителей. Это создает почву для внутренних конфликтов (по Мясищеву), лежащих в основе неврозов.
3. **Социальное давление:** Резко возрастают требования со стороны школы (ЕГЭ, выбор профессии), усложняются отношения со сверстниками (поиск своей группы, риск буллинга), возникают первые романтические переживания. Неспособность соответствовать этим требованиям или успешно решать социальные задачи является мощным психотравмирующим фактором.

Вопрос 5

Какую роль играет семейная система в возникновении и поддержании невротических расстройств у ребенка? Опишите два типа патологизирующего семейного воспитания.

Ответ:

Семья является основным "психогенным полем" для ребенка, поэтому ее роль фундаментальна.

- **В возникновении:** Семья создает и поддерживает внутренний конфликт у ребенка. Например, предъявляя к нему противоречивые требования.
- **В поддержании:** Симптом ребенка часто выполняет определенную функцию в семейной системе (например, отвлекает родителей от их супружеских конфликтов, объединяя их вокруг "больного" ребенка). Это делает семью заинтересованной в сохранении симптома (вторичная выгода).

Два типа патологизирующего семейного воспитания:

1. **Гиперопека (доминирующая гиперпротекция):** Ребенка чрезмерно опекают, контролируют каждый шаг, лишают самостоятельности. Это приводит к формированию у ребенка чувства беспомощности, невротической тревоги при необходимости принять собственное решение, способствует развитию истерических или астенических черт.
2. **Эмоциональное отвержение:** Родители (часто неосознанно) отвергают ребенка, он чувствует себя ненужным, нелюбимым. Это может маскироваться под формальную заботу. Такой тип воспитания формирует базовую тревогу, неуверенность в себе, низкую самооценку и является почвой для развития самых разных неврозов, от неврастения до обсессивно-компульсивных расстройств.

Ситуационные задачи (в полном объеме с ключами ответов) :

1. Ситуационное задание №1

Ситуация:

Мальчик Саша, 6 лет, пошел в первый класс. Через месяц учительница заметила, что он стал очень тихим и замкнутым на уроках, часто вздрагивает от громких звуков. Во время перемены он предпочитает стоять в стороне, а при попытке других детей вовлечь его в игру может расплакаться. Дома родители отмечают, что у Саши появилось навязчивое движение: он постоянно облизывает губы, из-за чего вокруг рта образовалось раздражение. До школы подобных проблем не было.

Вопрос:

Какой предположительный диагноз наиболее вероятен в данной ситуации?

Варианты ответов:

- а) Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)
- б) Реактивное состояние по типу острой стрессовой реакции
- в) Шизофрения
- г) Расстройство аутистического спектра (РАС)

Правильный ответ: б) Реактивное состояние по типу острой стрессовой реакции

Пояснение:

- **б) Симптомы** (замкнутость, пугливость, навязчивое движение) возникли остро и непосредственно связаны с явным стрессовым фактором — началом обучения в школе (смена обстановки, новые требования, коллектив). Клиническая картина соответствует реактивному состоянию, где навязчивое движение является компенсаторным механизмом для снятия напряжения.
- **Почему не другие варианты:**
 - а) СДВГ** характеризуется гиперактивностью, импульсивностью и невнимательностью, что не соответствует описанию (тихий, замкнутый).
 - в) Шизофрения** маловероятна в 6 лет без продуктивной симптоматики (бред, галлюцинации). Симптомы Саши носят четко ситуационный, а не эндогенный характер.
 - г) РАС** — это первазивное нарушение развития, которое проявляется гораздо раньше (в 2-3 года) и характеризуется стойкими deficits в социальной коммуникации. У Саши проблема возникла остро в 6 лет.

2. Ситуационное задание №2**Ситуация:**

Девочка Аня, 14 лет, учится в престижной гимназии. Родители предъявляют к ней высокие требования, ожидая только отличных оценок. В последние полгода у Ани появились частые головные боли и боли в животе, которые усиливаются перед контрольными работами и публичными выступлениями. Медицинские обследования не выявили соматической патологии. Аня стала раздражительной, плаксивой, говорит, что «все бесит», и у нее «нет сил». Успеваемость снизилась.

Вопрос:

Какая форма невроза наиболее ярко представлена в данном случае?

Варианты ответов:

- а) Невроз навязчивых состояний
- б) Истерический невроз
- в) Неврастения
- г) Ночной энурез

Правильный ответ: в) Неврастения

Пояснение:

Ключевые симптомы неврастения — это сочетание раздражительной слабости («все бесит» + «нет сил»), повышенной утомляемости и соматовегетативных проявлений (головные боли, боли в животе) при отсутствии органических причин. Длительный хронический стресс, связанный с высокими требованиями и переутомлением, является типичной причиной.

- **Почему не другие варианты:**
 - а) Невроз навязчивых состояний** проявлялся бы в виде навязчивых мыслей, действий или страхов, которых в описании нет.
 - б) Истерический невроз** характеризуется демонстративностью, потребностью во внимании и конверсионными симптомами (например, "паралич", "слепота" на нервной почве), что не соответствует картине.
 - г) Ночной энурез** — это конкретный симптом, который не упоминается в задаче.

3. Ситуационное задание №3

Ситуация:

Мальчик Коля, 10 лет, после того как стал свидетелем серьезной автомобильной аварии, стал бояться переходить дорогу даже по пешеходному переходу и со взрослыми. При приближении к проезжей части у него учащается сердцебиение, кружится голова, он бледнеет и крепко сжимает руку сопровождающего. Этот страх сохраняется уже 4 месяца, существенно ограничивая его жизнь (например, он отказывается ходить в школу пешком, хотя она рядом).

Вопрос:

Какое тревожно-фобическое расстройство соответствует описанию?

Варианты ответов:

- а) Паническое расстройство
- б) Генерализованное тревожное расстройство
- в) Специфическая фобия
- г) Социальная фобия

Правильный ответ: в) Специфическая фобия

Пояснение:

У Коли наблюдается ярко выраженный, иррациональный и устойчивый страх, связанный с конкретным объектом или ситуацией — переходом дороги. Страх вызывает немедленную вегетативную реакцию (сердцебиение, головокружение) и приводит к поведению избегания. Возникновение связано с психотравмирующим событием.

- **Почему не другие варианты:**

а) Паническое расстройство предполагает внезапные, неожиданные панические атаки, не привязанные к конкретной ситуации.

б) Генерализованное тревожное расстройство — это хроническая, "свободно плавающая" тревога по поводу различных событий и активностей, а не только одной ситуации.

г) Социальная фобия — это страх ситуаций социального взаимодействия и оценки со стороны других людей.

Список тем рефератов с оформлением / без оформления презентаций (в полном объеме):

1. Этиология и патогенез неврозов в детском возрасте.
2. Роль семейной системы в формировании невротических реакций у ребенка.
3. Невроз навязчивых состояний у детей и подростков: клинические проявления и особенности.
4. Тревожные расстройства в детском возрасте (генерализованное тревожное расстройство, сепарационная тревога).
5. Истерические неврозы (конверсионные расстройства) у детей: современный взгляд.
6. Невротическая депрессия (дистимия) у подростков: диагностические критерии и дифференциальная диагностика.
7. Соматоформные расстройства в детской практике: проблемы диагностики и терапии.
8. Реактивные состояния на стресс: острая реакция на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у детей.
9. Расстройства адаптации в школьном и подростковом возрасте.
10. Невротические тики и синдром Туретта в структуре пограничных расстройств.
11. Неврозы, связанные с нарушением пищевого поведения (анорексия, булимия) в подростковом периоде.
12. Психогенные расстройства сна и бодрствования у детей.
13. Системные невротические проявления: невротический энурез и энкопрез.
14. Особенности фобических расстройств (школьная фобия, социофобия) в детском возрасте.
15. Аффективно-респираторные приступы как проявление невроза в раннем детстве.
16. Роль детско-родительских отношений в профилактике и терапии неврозов.

17. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении невротических расстройств у детей и подростков.
18. Сравнительный анализ неврозов и расстройств личности (психопатий) в подростковом возрасте.
19. Влияние информационных технологий и социальных сетей на рост невротизации подростков.
20. Современные подходы к фармакотерапии неврозов и реактивных состояний у несовершеннолетних.

Список эссе рефератов с оформлением / без оформления презентаций (в полном объеме):

1. Этиология неврозов в детском возрасте: современный взгляд на биопсихосоциальную модель.
2. Роль семейной системы в генезе и поддержании невротических реакций у ребенка.
3. Специфика проявления тревожных расстройств (сепарационная тревога, генерализованное тревожное расстройство) у детей.
4. Обсессивно-компульсивное расстройство в детском возрасте: особенности симптоматики и диагностики.
5. Невроз навязчивых состояний у подростков: клиническая картина и проблемы коморбидности.
6. Конверсионные расстройства (истерический невроз) у детей и подростков: современные диагностические критерии.
7. Соматоформные расстройства в педиатрической практике: трудности дифференциальной диагностики.
8. Особенности депрессивных состояний невротического уровня у подростков.
9. Школьная фобия как форма невроза страха: причины и пути коррекции.
10. Невротические тики и синдром Жилия де ла Туретта: границы нормы и патологии.
11. Реактивные состояния у детей как ответ на психотравмирующие события (потеря, развод родителей, насилие).
12. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в детском возрасте: возрастная специфика симптомов.
13. Расстройства привязанности в раннем возрасте как предиктор формирования неврозов.
14. Сравнительный анализ невротических и психотических расстройств в подростковом возрасте.
15. Роль когнитивно-поведенческой терапии в коррекции неврозов у детей и подростков.
16. Семейная психотерапия как основной метод лечения невротических расстройств в детстве.
17. Медикаментозная терапия неврозов у детей и подростков: показания, эффективность и риски.
18. Профилактика неврозов в детском возрасте: роль родителей, педагогов и системы здравоохранения.
19. Культуральные и социальные факторы в проявлении и восприятии детских неврозов.
20. Психогенные расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия) в подростковом возрасте с позиции невротического развития.

Перечень практических / мануальных навыков, которыми должен владеть студент, после изучения Психология умирания:

В ходе изучения дисциплины студент должен научиться:

- использовать свои интеллектуальные возможности в целях саморазвития;
- аргументировать и отстаивать свою точку зрения;
- анализировать и контролировать своё эмоциональное состояние;
- общаться и взаимодействовать на профессиональном уровне;
- применять основные педагогические формы;
- средства и методы в целях просветительской деятельности среди населения;
- искать и обрабатывать необходимую информацию;
- наблюдать и изучать психологические особенности партнёров по общению;
- пользоваться методами анализа, синтеза, обобщения, методами убеждения и аргументированной дискуссии;
- вести деловые переговоры и межличностные беседы, научные диспуты.