

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Медико-психолого-фармацевтический факультет

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

## **ОТЧЕТ**

**По преддипломной практике**

Выполнил: студент 4 курса

441 группы

Хабибулина Д.Х.  
(ФИО студента)

Красноярск

2019

Инсульт – важнейшая медико-социальная проблема современности. Наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, острое нарушение мозгового кровообращения является одной из основных причин смертности в России. Инсульт относится к числу наиболее распространенных неврологических заболеваний, приводящих к функциональным патологическим изменениям в организме и нейродегенеративным процессам.

Под когнитивными нарушениями понимается субъективно и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций по сравнению с исходными и/или средними возрастными и образовательными показателями вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функций различной этиологии, влияющие на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности.

К постинсультным относят когнитивные расстройства, возникшие сразу после острого нарушения мозгового кровообращения, либо в более поздние сроки, но обычно не позднее года. Чем позднее выявлены нарушения, тем более многофакторный характер носят причины их возникновения. Клиническая картина когнитивной дисфункции выражается нарушением памяти, речи, концентрации и удержания внимания, праксиса и гнозиса, выполнения счетных операций, снижением интеллекта, продуктивности мышления. Часто подобные дисфункции сопровождаются изменениями в эмоционально-волевой, психической сфере: могут наблюдаться истощаемость, депрессивность, апатия, пониженный эмоциональный фон.

Исследователи отмечают наличие когнитивных расстройств различной степени тяжести у 40-70% пациентов, перенесших инсульт, в среднем, у порядка половины пациентов. Риск развития дисфункции когнитивной сферы зависит от ряда факторов: возраст, низкий преморбидный уровень, артериальная гипертензия, сахарный диабет, кардиальная патология, дополнительные повреждения мозга по данным нейровизуализации.

По данным большинства исследований мультифокальные поражения приводят к большей вероятности возникновения постинсультных когнитивных расстройств. Когнитивные нарушения чаще развиваются при супратенториальных повреждениях, инфарктах в бассейне передней и задней мозговых артерий. Также было выявлено, что поражение левого полушария вызывает более частый и выраженный дефект, чем поражение правого полушария.

Однако ключевым фактором, влияющим на риск развития когнитивных нарушений, по данным большинства исследований, является церебральная атрофия. Были отмечены наихудшие показатели нейропсихологических тестов, оценивавших речь, зрительную память, скорость мышления у пациентов с выраженной с умеренной и выраженной атрофией медиальных отделов височных долей. По данным других авторов, выраженность нарушений памяти у пациентов, перенесших инсульт, зависела от состояния медиальных отделов височных долей до инсульта.

Подводя итог вышесказанному, можно выделить следующие формы постинсультных когнитивных нарушений, имеющие неоднородный механизм развития:

- ПИКН, вызванные одиночным инфарктом (как, правило, поражающим «стратегическую зону»);
- ПИКН, вызванные мультиинфарктным состоянием;
- ПИКН вследствие одиночного либо множественного инфарктов, возникших на фоне лейкоэнцефалопатии;
- ПИКН, связанные с ухудшением ранее проявившейся болезни Альцгеймера или с ее клиническим дебютом.

Выделяют три варианта когнитивных нарушений:

- легкие (минимальная выраженность расстройств, чаще носит субъективный характер и определяется по сравнению с индивидуальной нормой);

- умеренные (недостаточность одной или нескольких психических функций, выходящая за пределы нормы, но не ограничивающая повседневную жизнь);

- тяжелые (наиболее выраженные проявления когнитивного дефицита).

Последний тип, именуемый деменцией, имеет наихудший прогноз и, как правило, носит прогрессирующий характер, а также часто сопровождается эмоционально-волевыми нарушениями. Для пациентов с деменцией характерна более высокая смертность и риск повторного инсульта. Частота возникновения деменции составляет 14-32%, примерно от 20% в первые три месяца до 33% в течение 5 лет. Наличие и выраженность изменений белого вещества (лейкоареоза) является независимым предиктором развития постинсультной деменции. Риск развития деменции увеличивается у пациентов, имевших когнитивные нарушения до инсульта, не достигшие степени деменции. После перенесенного ОНМК риск развития деменции возрастает в 12 раз.

В исследовании речь идет о легких и умеренных когнитивных расстройствах. Это обусловлено определенной вероятностью их обратимости с полным или частичным восстановлением попавших под патологическое воздействие функций. Так, по данным Н.Н. Яхно улучшение наблюдается у 1/3 больных к концу острого периода инсульта. Прогноз восстановления зависит от локализации и распространенности поражения, возраста пациента, наличия предшествующих инсульту дегенеративных изменений мозга.

Данное обстоятельство определяет необходимость наиболее ранней диагностики когнитивных изменений, что позволит своевременно и эффективно проводить реабилитационные мероприятия, способствующие нивелированию, предотвращению либо замедлению прогрессирования нейродегенеративных процессов. Диагностирование следует проводить у каждого пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения на самой ранней стадии заболевания сразу после стабилизации гомеостаза. Широко употребляются такие методики, как

MMSE, МОСа, тест рисования часов, батарея лобной дисфункции FAB, таблицы Шульте, корректурные пробы, методики на запоминание и счет, тесты на фонетическую и семантическую речевую активность, шкала оценки функции гнозиса и праксиса, шкала тяжести инсульта национального института США (NIHSS) и т.д. Пробы подбираются индивидуально в зависимости от степени выраженности когнитивного дефицита.

Выявленные расстройства определяют дальнейший план восстановления, основными принципами которого являются: раннее начало, системность, длительность, комплексность, мультидисциплинарность (участие специалистов различного профиля), адекватность, индивидуальный подход, динамическое наблюдение, а также активное участие самого пациента и близкого окружения.

Как упоминалось ранее, в настоящее время исследователи отмечают рост цереброваскулярных заболеваний, следствием которых являются нарушения когнитивной сферы. Это вызвано постепенным увеличением сосудистых заболеваний мозга, увеличений доли лиц пожилого возраста в структуре населения.

У пациентов в остром периоде ишемического инсульта преобладает смешанный характер когнитивных нарушений с наличием дисфункций как лобно-височных отделов, лобно-подкорковых связей, так и зона ТРО (височно-теменно-затылочный стык). Это связано с разным расположением первичных очагов инсульта и соответственно – первичных дефектов с вторичными и третичными расстройствами.

Когнитивные нарушения чаще развиваются при супратенториальных повреждениях, инфарктах в бассейне передней и задней мозговых артерий. Поражение левого полушария вызывает более частый и выраженный когнитивный дефект, чем поражение правого полушария. Выраженность

нарушений памяти, в частности, зависит от состояния медиальных отделов височных долей.

Критериями включения в исследование были – отсутствие деменции, высокий преморбидный уровень (наличие среднего/высшего образования), отсутствие тяжелых выраженных расстройств (парезы, дизартрия, афазии и т.д.), которые бы затрудняли проведение обследования. Всего приняло участие 10 человек.

Оценка состояния когнитивной сферы проводилась с использованием общепринятого в неврологической практике Монреальской шкалы и теста рисования часов. Оценка нарушений внимания осуществлялась посредством таблиц Шульте. Функции памяти исследовались с помощью методик: 10 слов, пиктограмма, пробы на ассоциативную память, проба «2 серии по три слова», проба на зрительную память, пересказ басни.

Снижение процессов памяти в той или иной степени было выявлено у всех пациентов. По результатам методики «10 слов» отмечается снижение процессов запоминания. В ходе работы наблюдается быстрая истощаемость психических процессов. В большей степени было выявлено нарушение кратковременной и долговременной памяти, опосредованной. При выполнении методики таблиц Шульте наблюдается снижение переключаемости внимания и истощаемость когнитивных процессов, снижение концентрации и объема внимания.

Таким образом, поражение какого-либо отдела головного мозга в результате ишемического инсульта ведет к нарушению когнитивных функций. У обследованных пациентов обнаружены снижение слухоречевой, кратковременной и долговременной памяти, нарушение концентрации и переключаемости внимания, истощаемость психических процессов.

Потребность в предотвращении и нивелировании проявлений когнитивного дефицита определяет актуальность реабилитационных мероприятий. Неотъемлемой частью на пути к максимальному восстановлению утраченного здоровья и привычного уклада жизни после перенесенного инсульта являются комплексные меры по восстановлению утраченных когнитивных функций у больных, перенесших ишемический инсульт.

Исследователи отмечают необходимость наиболее раннего проведения реабилитации, сразу после подтверждения диагноза ишемического инсульта и стабилизации состояния больного. Наиболее оптимальным и результативным является начало занятий на 8-10 день. Целями ранней реабилитации являются профилактика постинсультных осложнений, минимизация имеющихся нарушений и максимальное восстановление утраченных функций.

Разнообразные методы и технологии восстановительного лечения основаны на знаниях о механизмах и процессах нейропластичности. Понимание роли нейропластичности является важным для оптимизации функционального восстановления пациентов, перенесших инсульт. К свойствам пластичности мозга относят: обеспечение нормального развития нервной системы, адаптацию в зависимости от существующих потребностей и компенсацию потери какой-либо функции, а также реорганизацию нервной системы в условиях нарушения ее выполнения. При проведении восстановительных мероприятий особое значение придается стратегиям, направленным на улучшение процессов пластичности на уровне синаптической передачи и нейрональных связей, что клинически проявляется восстановлением утраченных функций.

Различают три уровня восстановления:

- истинное восстановление – когда нарушенные функции возвращаются к исходному состоянию. Полная обратимость постинсультных последствий происходит в случае сохранения жизнеспособности нервных клеток, когда патологический очаг состоит из инактивированных элементов (вследствие отека, гипоксии, изменения проводимости нервных импульсов);

- компенсация – функциональная перестройка, вовлечение в функциональную систему новых структур;

- реадaptация – использование различных приспособлений для осуществления утраченных функций.

Потенциальная область восстановления это, главным образом, зона «ишемической полутени» - пограничная зона, окружающая очаг поражения, в которой нейроны и иные нервные структуры находятся в функционально заторможенном, но анатомически сохранном состоянии.

После перенесенного инсульта происходит активация ранее незадействованных отделов головного мозга и реорганизация функциональной системы, которая обеспечивает поврежденную функцию. В основе этого процесса лежат sprouting аксонов, синаптогенез и гипервозбудимость корковых нейронов под медикаментозным воздействием. Следует отметить, что церебральная реорганизация после ишемического инсульта является динамичной на протяжении всего процесса восстановления. Важно отметить, что индивидуальные различия в степени компенсации постинсультного дефекта в значительной мере детерминированы генетически.

В мероприятия по нейропсихологической реабилитации включаются пациенты, имеющие дефицит сознания, внимания, памяти, управляющих функций и критичности, речи, визуальное игнорирование, нарушение праксиса. Для преодоления регуляторной апраксии ведущим методом

является создание развернутых программ деятельности и действий и их постепенное сворачивание; кинестетической апраксии – методы, основанные на постепенно усложняющихся манипулятивных движениях в мелких суставах верхних конечностей с различным по структуре материалом; кинетической – методы, предусматривающие раздельно-конструктивный подход к выполнению копирующих движений; пространственной – методы, направленные на восстановление схемы тела, взаимодействия частей тела между собой, с предметами окружающего пространства, предметов окружающего пространства между собой, представление этих действий, конструирование и планирование похожих действий. Наиболее известными методами при работе по приспособлению пациента с апраксией к повседневным окружающим его условиям являются стратегический тренинг, исследовательский тренинг, метод безошибочного выполнения.

Восстановление дефицита управляющих функций признано очень важным направлением нейрореабилитации, так как эти расстройства тормозят прогресс во всех других сферах лечения. Выбор направления занятий и заданий определяется тем, какой из аспектов восстанавливается. При этом важнейшим принципом восстановления и компенсации управляющих функций является четкое структурирование предъявляемых больному заданий и условий их выполнения.

По данным Регистра НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35.9% больных, дизартрия у 3.4 больных. У пациентов с речевыми нарушениями вследствие поражения правого полушария больше внимания обратить на оценку общих когнитивных функций, таких как ориентация во времени и месте, внимание, краткосрочная память, зрительно-пространственное восприятие, а также связность, уместность и прагматика их высказываний, нарративов и пересказов. Для постановки этого диагноза логопеду важно тесно взаимодействовать с

нейропсихологом, который проводит скрининг-оценку когнитивных функций.

У пациента с нарушением моторной стороны речи больше внимания уделяется оценке неречевых симптомов, предусматривающих изучение строения артикуляционного аппарата, объема артикуляционных движений, состояния мимической и речевой мускулатуры, дыхания и голоса. В рамках диагностики устной речи при дизартрии и других моторных нарушениях проводится исследование произносительной стороны речи (звукопроизношения, темпа, ритма, просодики, разборчивости речи); синхронности процессов артикуляции, дыхания и голосообразования.

Предиктором плохого восстановления могут выступать развивающиеся после инсульта психопатологические расстройства - депрессии, тревожные и ипохондрические реакции. У более половины пациентов в постинсультном периоде отмечают наличие депрессивных состояний, что может провоцировать дальнейшее нарастание цереброваскулярной патологии и препятствовать нейропластичности мозга. Психоэмоциональные расстройства больных часто сопровождаются снижением мотивации на активное участие в лечении и реабилитации.

Данным фактом обусловлена потребность в проведении психологической коррекции пациентов с последствиями инсульта, способствующей повышению мотивационного уровня. Известно, что мотивация занимает ведущую позицию в структуре личности, детерминирует особенности ее активности и является движущей силой поведения. Ее наличие придает действиям индивидуальную значимость, смысл, направленность, а формирование мотивации у пациентов активизирует их внутренний потенциал и оказывает прямое влияние на эффективность реабилитации.

Психологическая помощь также должна быть направлена на создание стимула и заинтересованности больных в достижении наилучших

результатов восстановительного обучения. В случае необходимости, рекомендуется предлагать подсказки больному, оказывать необходимую помощь, использовать поощрение и одобрение, а также различного рода стимулирование действий. На каждом этапе реабилитации следует оценивать достигнутые результаты, наблюдать изменения реорганизации работы мозга в ее динамике, сравнивать поставленные цели и ожидания с текущими данными.

В целом, важно создать у больного правильную и адекватную установку, благодаря которой он всячески будет способствовать действиям медицинского персонала в процессе восстановления, а не препятствовать и отрицать необходимость данных мер. Для этого рекомендуется устанавливать доверительные отношения с пациентом, доступным образом информировать его о характере заболевания и особенностях последствий, разъяснять существующие возможности и методы восстановления.

Важным условием является формирование у пациента ответственности и контроля в сочетании с верой и убежденностью в позитивную перспективу проводимых коррекционных мер.

Помимо повышения мотивации на реабилитацию непосредственно в рамках медицинского учреждения под контролем специалистов, необходимо выработать у больного мотивацию на продолжение восстановления в домашних условиях, поддержания здорового образа жизни и на профилактику повторного заболевания. Учитывая особенности проявления когнитивных нарушений и сопутствующей неврологической симптоматики, больным дают следующие рекомендации:

- наличие интеллектуальных нагрузок (тренинги, чтение, упражнения, счет и т.д.);
- благоприятное социальное окружение;
- физическая активность (по мнению исследователей, напрямую способствуют улучшению когнитивных показателей (Вахнина К.В.);
- позитивный эмоциональный статус;

- правильный режим питания (Кадыков);
- отсутствие вредных привычек;
- хобби, досуг, посильный труд;
- общение и активное взаимодействие с социумом;
- комфортные условия и обстановка.

Таким образом, подавляющее большинство больных, перенесших инсульт, имеют когнитивные нарушения различной степени тяжести. Наибольшая вероятность улучшения в когнитивном статусе отмечается при наличии легких и умеренных вариантах когнитивных нарушений, что обуславливает особую актуальность в нейрореабилитационных мероприятиях. Их неотъемлемой составляющей является психологическая коррекция, направленная на повышение мотивационного уровня пациентов в постинсультном периоде. Наличие мотивации является детерминантой успешного и эффективного восстановления.

С самого раннего этапа и незамедлительно, после постановки диагноза, проводятся все меры, способствующие устранению причин, снижения факторов риска, нивелирования последствий нарушения мозгового кровообращения, предотвращению развития осложнений и возможности повторного инсульта, улучшению общего состояния пациента. В исследовании выявлена необходимость проведения нейрореабилитации пациентов в постинсультном периоде с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, а также психокоррекционной работы, способствующей формированию активной позиции личности и повышению мотивационного уровня на преодоление когнитивных расстройств. Специалистами производится своевременное эффективное лечение и дальнейшая реабилитация после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Мультидисциплинарной бригадой проводится план комплексных восстановительных мер, благоприятствующих наиболее быстрому и полному восстановлению здоровья и жизни пациента. Одной из

целей является возвращение перенесшего инсульт больного к привычной ему социальной, бытовой, трудовой деятельности. Однако для осуществления данной задачи необходимо воздействовать как на организм, так и на когнитивные нарушения больного, раннее выявление которых может способствовать предупреждению дальнейшего нарастания когнитивного дефицита и улучшению прогноза восстановления.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гусев, Е.И, Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М.: Медпресс-информ, 2013.- 176 с.
2. Дамулин, И.В. Инсульт и нейропластичность / И.В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. - №12. – С. 136- 142.
3. Домашенко, М.А. Психические нарушения после инсульта / М.А. Домашенко // Медицинский вестник. – М., 2016. - №17. – С. 16-17.
4. Захаров В.В, Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей, М.: 2005.- 71 с.
5. Камчатнов, П.Р. Предупреждение когнитивных нарушений после перенесенного инсульта / П.Р. Камчатнов, Д.Б. Денисов // Фарматека. – М., 2011. - №5. – С. 46-50.
6. Катаева, Н.Г. Когнитивные нарушения после инсульта [Электронный ресурс] : электр. журнал. - Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – Режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-posle-insulta>. – Загл. с экрана.
7. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. вуз / А.Р. Лурия. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
8. Маслова, Н. Инсульт - мультидисциплинарная проблема / Н. В. Маслова [и др.] // Врач. - 2017. - № 9. - С. 22-25.
9. Суслина, З.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / З.А. Суслина. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
10. Шишкова, В.Н. Нарушения когнитивных функций у больных с артериальной гипертензией / В.Н. Шишкова // Трудный пациент. – М., 2014. – С. 1-5.



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Медико-психолого-фармацевтический факультет  
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО  
Учебно-методическое управление

## **ДНЕВНИК**

*производственной практики по программе*  
**«Производственная практика -  
преддипломная практика»**

*для студента 4 курса, обучающегося по  
специальности 37.05.01 Клиническая психология  
(очно-заочная форма обучения)*

Красноярск  
2019

УДК 616.89 (079.3)

ББК 88.46

Д 54

Дневник производственной практики по программе «Производственная практика - преддипломная практика» для студента 4 курса, обучающегося по специальности 37.05.01 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения) / сост. И. О. Логинова, В. Б. Чупина, О. В. Волкова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2019. – 19 с.

**Составители:** д-р психол. наук, профессор Логинова И. О.;  
канд. психол. наук, доцент Чупина В. Б.;  
канд. психол. наук, доцент Волкова О.В.

Дневник преддипломной практики предназначен для студентов 4 курса медико-психолого-фармацевтического факультета, обучающихся по специальности 37.05.01 Клиническая психология. В дневнике определен основной перечень знаний и умений, которыми студент должен овладеть во время прохождения преддипломной практики, а также порядок проведения преддипломной практики, требования к уровню освоения содержания практики, основные разделы отчета по практике, приводится перечень документов, прилагаемых к итоговому отчету.

**Рецензенты:** канд. пед. наук, доцент, проректор по инновациям, научной и воспитательной работе АНО ВО «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии» А. С. Третьяков;

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии развития личности ЛПИ - филиала ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет» Р. А. Бенькова

Утвержден к печати ЦКМС (протокол № \_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.)

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

«Производственная практика - преддипломная практика» относится к блоку Б2 – «Практики».

Преддипломная практика является завершающим этапом обучения и проводится после освоения студентами программ теоретического и практического обучения.

Практика нацелена на интеграцию и закрепление в практической исследовательской деятельности знаний о методологии научного психологического исследования и навыков его проведения, подготовку выпускной квалификационной работы.

Настоящая программа практики студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология» разработана в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология, квалификация – Клинический психолог.

В содержании программы практики рассматриваются вопросы о порядке проведения преддипломной практики; требования к уровню освоения содержания курса; основные разделы отчета по практике; приводится перечень документов, прилагаемых к итоговому отчету. Программой дисциплины предусмотрен рубежный контроль в форме еженедельного собеседования практиканта с индивидуальным научным руководителем. Аттестация по усвоению содержания практики проводится в форме зачета с оценкой.

Тематика исследований должна соответствовать научному направлению работы кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом последипломного образования, а также отвечать задачам, имеющим теоретическое, практическое, прикладное значение для психологической науки и практики.

**Цель преддипломной практики** состоит в закреплении и углублении теоретической подготовки обучающегося, приобретении им практических умений, владений и навыков, формировании компетенций, составляющих содержание профессиональной деятельности клинического психолога и исследователя.

### **Задачи преддипломной практики:**

1. формирование комплексного представления о специфике деятельности клинического психолога;
2. овладение методами исследования, в наибольшей степени соответствующей профилю избранной студентами научно-исследовательской темы, что подразумевает умения и навыки:
  - формулировать задачи исследования в области клинической психологии;
  - разрабатывать план исследования;
  - проводить библиографическую работу с привлечением современных информационных технологий;

- выбирать необходимые методы исследования, модифицировать существующие и разрабатывать новые методы, исходя из задач конкретного исследования;

- обрабатывать полученные результаты, анализировать и интерпретировать их с учетом имеющихся литературных данных;

- осуществлять организацию психологического сопровождения, направленного на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей;

- демонстрировать способность и готовность к использованию инновационных подходов к психологическому сопровождению, ориентированному на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей;

- представить итоги проделанной работы в виде выпускной квалификационной работы, оформленной в соответствии с имеющимися требованиями, с привлечением современных средств редактирования и печати;

3. совершенствование умений и навыков самостоятельной научно-исследовательской деятельности;

4. совершенствование личности будущего специалиста, специализирующегося в области клинической психологии.

**Результатом освоения программы практики студентами являются:**

1. навыки и умения в организации научно-исследовательской работы;

2. умения разрабатывать дизайн психологического исследования;

3. умения формулировать проблемы и гипотезы, описывать методологию психологического исследования, планировать и проводить исследование;

4. умения проводить психологические исследования в различных научных и научно-практических областях психологии;

5. овладение навыками проведения библиографической работы;

6. овладение навыками анализа и обобщения полученных данных;

7. овладение навыками описания и интерпретации данных в психологических исследованиях;

8. умения организовать психологическое сопровождение, направленное на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей;

9. умения представлять данные психологического исследования в форме выпускной квалификационной работы.

При наличии объективных уважительных причин (болезнь, обучение по индивидуальному плану и др.) сроки прохождения преддипломной практики могут быть изменены решением заседания кафедры по личному заявлению студента с предоставлением документов, подтверждающих причину необходимости переноса сроков преддипломной практики.

В процессе преддипломной практики студент выполняет научное исследование по теме выпускной квалификационной работы, которая

утверждается на заседании кафедры. Практика может проводиться на выпускающей кафедре клинической психологии и психотерапии с курсом последиplomного образования, в научных подразделениях вуза, а также на договорных началах в государственных, муниципальных, общественных, коммерческих и некоммерческих организациях, предприятиях и учреждениях, осуществляющих научно-исследовательскую деятельность, на которых возможно изучение и сбор материалов, связанных с выполнением выпускной квалификационной работы.

Перед началом практики проводится установочная конференция, на которой дается вся необходимая информация по проведению преддипломной практики.

Для прохождения практики для всех студентов назначаются преподаватели – кураторы от кафедры.

Индивидуальная программа деятельности студента должна быть согласована с планом работы коллектива базы практики и обусловлена целями и задачами преддипломной практики.

В период практики студенты подчиняются всем правилам внутреннего распорядка и техники безопасности, установленным в подразделении и на рабочих местах.

По окончании практики студенты оформляют всю необходимую документацию в соответствии с требованиями программы практики.

Итоговая аттестация за преддипломную практику проводится руководителем практики по результатам оценки всех форм отчетности практиканта.

Для получения положительной оценки практикант должен был полностью выполнить все содержание практики, своевременно оформить текущую и итоговую документацию. Оценка деятельности практиканта зависит от выполнения им экспериментальных и исследовательских программ, степени самостоятельности, качества обработки полученных данных, их интерпретации, достижения целей практики.

Практикант, не выполнивший программу или не предоставивший ее результаты в установленные сроки, считается не аттестованным.

#### **Критерии оценки.**

##### **Оценка «отлично» выставляется при условии:**

1. Программа практики выполнена в полном объеме: собраны и обработаны все первичные данные, математическая обработка произведена в полном объеме, имеется отчет.

2. Отчет составлен в соответствии с требованиями, имеются все необходимые документы, подтверждающие проведение исследования.

3. Студент во время процедуры защиты отчета корректно описывает методологию проведенного им исследования, излагает полученные результаты и делает выводы, уверенно отвечает на вопросы комиссии относительно проведенного исследования.

**Оценка «хорошо» выставляется при условии:**

1. Программа практики выполнена в полном объеме: собраны и обработаны все первичные данные, математическая обработка произведена в полном объеме, имеется отчет.

2. Отчет составлен в соответствии с требованиями, имеются все необходимые документы, подтверждающие проведение исследования, но имеются несущественные недочеты в содержании и оформлении отчетной документации.

3. Студент во время процедуры защиты отчета корректно описывает методологию проведенного им исследования, излагает полученные результаты и делает выводы, но допускает несущественные ошибки, неуверенно отвечает на вопросы комиссии относительно проведенного исследования.

**Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии:**

1. Программа практики в основном выполнена: собраны и обработаны все первичные данные, математическая обработка произведена в полном объеме или не завершена по объективным причинам (трудности при организации исследования, исследователь зависит от других участников исследования и т.д.); имеется отчет.

2. Отчет составлен в соответствии с требованиями, имеются все необходимые документы, подтверждающие проведение исследования, но допущены ошибки при составлении отчета, небрежность при оформлении документации.

3. Студент во время процедуры защиты отчета некорректно описывает методологию проведенного им исследования, затрудняется при изложении полученных результатов и выводов, неуверенно отвечает на вопросы комиссии относительно проведенного исследования.

**Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии:**

1. Программа практики не выполнена: первичные данные не собраны и/или не обработаны, отсутствуют протоколы первичных данных, математическая обработка не произведена в полном объеме/или допущены грубые ошибки при математической обработке, студент не может объяснить, почему он использовал данные методы обработки, критерии и т.п.; отсутствует отчет.

2. Отчет написан с грубым нарушением требований, небрежно оформлен, отсутствуют необходимые документы, подтверждающие проведение исследования.

3. Студент во время процедуры защиты отчета некорректно описывает методологию проведенного им исследования излагает полученные результаты, делает необоснованные выводы, не может ответить на вопросы комиссии относительно проведенного исследования.

## **ИНСТРУКЦИЯ**

### **для студентов, проходящих производственную практику - преддипломная практика**

**Перед выходом на производственную практику - преддипломная практика студент должен:**

1. Ознакомиться с планом практики, перечнем учреждений, их адресами и руководителями, где будет проходить практика.
2. Познакомиться с требованиями принимающих баз практик, определиться с организацией и методикой работ, формой представления результатов.
3. С помощью куратора практики от кафедры составить примерный индивидуальный план.

**В период прохождения практики студент обязан:**

1. Выполнять все административные и организационные требования принимающей базы, соблюдать трудовую дисциплину.
2. Провести необходимые работы (наблюдения, сбор и анализ материалов и т.п.).
3. Систематически вести дневник практики.
4. По ходу практики готовить итоговый отчет.

**По окончании практики студент должен сдать на кафедру:**

1. Дневник практики с отметками принимающей базы (подписи, подтверждающие присутствие студента на территории принимающей базы практики, качестве и количестве выполненной работы, достоинств и недостатков).
2. Отчет о преддипломной практике с отметкой и подписью научного руководителя (схема отчета представлена в приложении).
3. Рефлексивный анализ собственной деятельности.

**Примечание:**

Отчет по мере необходимости иллюстрируется рисунками, схемами, фото, видео материалами и т.п.; оформляется в соответствии с общими требованиями, принятыми для оформления научно-исследовательских работ.

**По окончании практики студент обязан:**

В установленный деканатом срок защитить отчет по научно-исследовательской практике в форме зачета с оценкой. Основанием для допуска к зачету является правильно оформленный дневник практики.

## ПУТЕВКА

Фамилия Хабидулла  
Имя Асака  
Отчество Хамитовна  
Специальность Казанская психология  
Группа 441  
Направление практики кредитовая  
Срок начала работы 08.04.2019  
Срок завершения работы 20.08.2019

Руководитель практики   
Заведующий кафедрой 

### ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Телефон деканата: 8(391)220-19-62

Телефон кафедры 8(391)221-91-45

Телефон руководителя практики

### Отметка о прохождении инструктажа по ТБ и ПБ

Дата первичного инструктажа	ФИО и подпись инструктируемого	ФИО и подпись инструктирующего
<u>08.04.2019</u>	<u>Хабидулла А.А.</u> 	<u>Попов А.В.</u> 

### ОТМЕТКИ О ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ

Прибыл на практику

« 08 » 04 20 19 г.

Руководитель базы профильной  
организации



(подпись)

М.П.

Выбыл с практики

« 20 » 06 20 19 г.

Руководитель базы профильной  
организации



(подпись)

М.П.

Прибыл на практику

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Руководитель базы профильной  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

Выбыл с практики

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Руководитель базы профильной  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

Прибыл на практику

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Руководитель базы профильной  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

Выбыл с практики

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Руководитель базы профильной  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

### График видов деятельности практиканта

Вид профессиональной деятельности /номер специализации	Содержание деятельности	Результаты деятельности
Научно-исследовательская деятельность (индивидуальное задание согласно запланированной теме)	Разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные	ПК-1
Проектно-инновационная деятельность	Самостоятельно выбирать и применять клиничко-психологические технологии, позволяющие осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики	ПК-13
специализация N 2 «Нейропсихологическая реабилитация и коррекционно-развивающее обучение»	<p>Применять на практике методы нейропсихологической диагностики с целью определения синдрома и локализации поражения мозга.</p> <p>Проводить диагностическое обследование ребенка с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих трудности обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга.</p> <p>Исследовать нарушения движений.</p> <p>Исследовать нарушения слухового гнозиса и слухо-моторных координаций, нарушения соматосенсорного гнозиса.</p> <p>Обозначить основные этапы реабилитационной работы с больными (и их родственниками) на основе анализа структуры дефекта.</p> <p>Разрабатывать и осуществлять реабилитационные и коррекционно-развивающие программы.</p> <p>Взаимодействовать со специалистами в области медицины, образования и нейронаук.</p>	ПСК-2.6, ПСК-2.7, ПСК-2.3, ПСК-2.5, ПСК-2.8, ПСК-2.9, ПСК-2.10
<b>СОГЛАСОВАНО:</b>		
Руководитель практики  подпись	Ответственный представитель базы практики  подпись	

### РАБОТА, ВЫПОЛНЕННАЯ НА ПРАКТИКЕ

Дата	Краткое содержание выполненных работ	Подпись руководителя практики
1-ая неделя		
08.04	Встреча с руководителем предприятия практики Знакомство с требованиями базы практики	
09.04	Составление индивидуального плана практики	
10.04	Формулирование проблемы и гипотезы исследования	
11.04	Определение целей исследовательской работы. Составление графика	
12.04	Проведение информационно-поисковой работы посредством интернет- источников	
13.04	Проведение информационно-поисковой работы. Изучение литературы	
2-ая неделя		
15.04	Проведение информационно-поисковой работы с изучением материалов краеведческой краевой научной библиотеки	
16.04	Выбор методик для исследования интеллектуальной деятельности	
17.04	Выбор методик для исследования интеллектуальной деятельности на примере перенесших ОНМК	
18.04	Проведение психологического обследования написки наместа с ОНМК	
19.04	Проведение психологического обследо- вания наместа с ОНМК	
20.04	Анализ полученных данных	

3-я неделя		
22.04	Проведение психоэмоционального обследования памяти пациента с ОНМК. Беседа	
23.04	Проведение психоэмоционального обследования памяти пациента с ОНМК	
24.04	Анализ полученных данных	
25.04	Проведение психоэмоционального обследования памяти пациента с ОНМК. Беседа	
26.04	Проведение психоэмоционального обследования памяти пациента с ОНМК	
27.04	Анализ полученных данных	
4-я неделя		
29.04	Проведение психоэмоционального обследования памяти пациента с ОНМК. Беседа	
30.04	Проведение психоэмоционального обследования памяти пациента с ОНМК	
01.05	-	
02.05	-	
03.05	-	
04.05	-	

5-ая неделя		
06.05	Анализ полученных данных	
07.05		
08.05	Проверение психофизиологического обеспечения памяти пациентов с ОНМК. Беседа	
09.05	Проверение психофизиологического обеспечения памяти пациентов с ОНМК.	
10.05	-	
11.05	-	
6-я неделя		
13.05	Анализ полученных данных	
14.05	Проверение психофизиологического обеспечения памяти пациентов с ОНМК. Беседа	
15.05	Проверение психофизиологического обеспечения памяти пациентов с ОНМК	
16.05	Анализ полученных данных	
17.05	Анализ данных полученных результатов с результатами, приведенными в литературе	
18.05	Обработка результатов исследования	

7-я неделя		
20.05	Проведение психофизиологического обследования кабинеты пациентов с ОНМК. Беседа	
21.05	Проведение психофизиологического обследования пациенты кабинеты с ОНМК	
22.05	Анализ полученных результатов	
23.05	Проведение психофизиологического обследования кабинеты пациентов с ОНМК. Беседа	
24.05	Проведение психофизиологического обследования кабинеты пациентов с ОНМК.	
25.05	Анализ полученных результатов	
8-я неделя		
24.05	Проведение психофизиологического обследования кабинеты пациентов с ОНМК. Беседа.	
28.05	Проведение психофизиологического обследования кабинеты пациентов с ОНМК	
29.05	Анализ полученных результатов	
30.05	Проведение итогового результата исследования	
31.05	Исследование особенностей эписиндромов синдромов ишемического инсульта	
01.06	Исследование факторов риска с каждой частотой при вертебральных к позвоночнику ишемического инсульта	

9-я неделя		
03.06	Исследование особенностей заболевания и методов диагностики. Митозавтомат обследовать пациента с ОНМК	
04.06	Исследование особенностей перенесенного заболевания ишемического инсульта	
05.06	Анализ результатов обследования и определения качества картины пациента с ОНМК	
06.06	Анализ результатов обследования и определение неврологической симптоматики пациента с ОНМК	
07.06	Определение возможностей восстановительной реабилитации пациента, перенесших ишемический инсульт	
08.06	Определение теоретических основ клинико-психологических особенностей пациента	
10-я неделя		
10.06	Обзор литературы по восстановлению когнитивных функций после перенесенного инсульта	
11.06	Обзор литературы по восстановлению памяти пациента, перенесших ОНМК	
12.06	-	
13.06	Составление практических рекомендаций по восстановлению ишемической деятельности пациента	
14.06	Составление практических рекомендаций по восстановлению ишемической деятельности пациента	
15.06	Заключение специалиста перед началом практики	



### ОЦЕНКА КАФЕДРОЙ ОТЧЕТА И АТТИСТАЦИЯ СТУДЕНТА

(Дается краткая рецензия с указанием достоинств и недостатков; учитываются отметки о работе студента принимающей базой. Результаты практики оцениваются с учетом всех этапов прохождения практики и ее защиты: практические навыки, собеседование)

Характеристика деятельности студента Хабидуллаев Д. Х.  
с поставленной целью и задачами  
студентка справилась в полном объеме.  
проявила активность, добросовестность  
и отзывчивость.

Дневник 5  
Практические навыки 5  
Собеседование 5  
ИТОГОВАЯ ОТМЕТКА 5

Подпись руководителя практики  
Подпись заведующего кафедрой



**РЕФЛЕКСИВНЫЙ АНАЛИЗ СТУДЕНТА О СОБСТВЕННЫХ  
РЕЗУЛЬТАТАХ ПРАКТИКИ**

в т.ч. заключение студента по итогам практики и его предложения

В течение продолжительной практики мною  
были освоены и закреплены умения в обеспечении  
индивидуальной деятельности пациента с онко.  
Проведя эмпирическое исследование и анализ полу-  
ченных данных.

При проведении практики и получении  
хорошего практического опыта и закрепили  
свои теоретические знания, которые мне  
пришлось в дальнейшем. Полученные навыки  
и знания, я буду использовать в своей  
профессиональной деятельности.

Дата 20.08.2019

Подпись студента: \_\_\_\_\_

