

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии



Фонд оценочных средств по дисциплине

Психосоматика. Часть 1.

по специальности

37.05.01. Клиническая психология

Специализация:

«Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»

Форма обучения

Очная

Квалификация

Клинический психолог

Год приема

2023

Томск – 2023

1. Паспорт оценочных средств

Направление подготовки: 37.05.01. Клиническая психология

Направленность (профиль): «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»

Семестр (семестры) изучения: 7/8

Форма (формы) текущего контроля: устный опрос, доклад, решение кейсов.

Форма проведения промежуточной аттестации: экзамен

Оценивание результатов учебной деятельности обучающихся при изучении дисциплины осуществляется по пятибалльной системе ИУК 1.1; ИУК 1.2; ИОПК 5.1; ИОПК 6.1 ИОПК 5.2

2. Компетенции, закрепленные за дисциплиной

Наименование категории (групп) компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий	ИУК-1.1. Осуществляет поиск информации, необходимой для решения задачи; ИУК-1.2. Проводит критический анализ различных источников информации (эмпирической, теоретической)
Психологическое вмешательство	ОПК-5. Способен разрабатывать и использовать научно-обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ;	ИОПК-5.1. Владеет теоретико-методологическими основами разработки и реализации индивидуальных и групповых программ психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера ИОПК-5.2 применяет теоретические знания при разработке конкретных программ психологического вмешательства и

		психологической помощи (консультация, развитие, коррекция, неврачебная психотерапия, профилактика, реабилитация) в отношении отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лиц с ОВЗ
Психологическое консультирование	ОПК-6 Способен разрабатывать и реализовывать комплексные программы предоставления психологических услуг по индивидуальному, семейному и групповому психологическому консультированию и неврачебной психотерапии как виду профессиональной деятельности клинического психолога	ИОПК-6.1 Владеет спецификой разработки и принципами реализации комплексных программ индивидуального, семейного и группового психологического консультирования и неврачебной психотерапии в контексте профессиональной деятельности клинического психолога

3. Критерии оценивания индикаторов достижения компетенций

В качестве уровней сформированности компетенций обучающихся в результате освоения дисциплины выделяются следующие:

1. Допороговый уровень
2. Пороговый уровень
3. Базовый уровень
4. Продвинутый уровень

Уровень освоения компетенции/индикатора компетенции	Критерии оценивания сформированности компетенции/индикатора компетенции
ИУК-1.1. Осуществляет поиск информации, необходимой для решения задачи	
Допороговый уровень	Обучающийся не ориентируется и не способен самостоятельно осуществлять поиск информации, необходимой для решения задачи
Пороговый уровень	Обучающийся слабо ориентируется и демонстрирует низкие способности в осуществлении поиска информации, необходимой для решения задачи
Базовый уровень	Обучающийся ориентируется с незначительными ошибками в поиске информации, необходимой для решения задачи
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо ориентируется в многообразии информации и её поиске, необходимой для решения задачи

ИУК-1.2.Проводит критический анализ различных источников информации (эмпирической, теоретической)	
Допороговый уровень	Обучающийся не ориентируется и не способен самостоятельно осуществлять критический анализ различных источников информации (эмпирической, теоретической)
Пороговый уровень	Обучающийся слабо ориентируется и демонстрирует низкие способности в осуществлении критического анализа различных источников информации (эмпирической, теоретической)
Базовый уровень	Обучающийся с незначительными ошибками осуществляет критический анализ различных источников информации (эмпирической, теоретической)
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо ориентируется в многообразии различных источников информации (эмпирической, теоретической) и осуществляет качественный критический анализ
ИОПК-5.1.Владеет теоретико-методологическими основами разработки и реализации индивидуальных и групповых программ психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера	
Допороговый уровень	Обучающийся не ориентируется и не способен самостоятельно осуществлять разработку и реализацию индивидуальных и групповых программ психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера
Пороговый уровень	Обучающийся слабо ориентируется и демонстрирует низкие способности в осуществлении разработки и реализации индивидуальных и групповых программ психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера
Базовый уровень	Обучающийся ориентируется с незначительными ошибками в теоретико-методологических основах разработки и реализации индивидуальных и групповых программ психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо ориентируется в многообразии теоретико-методологических основах разработки и реализации индивидуальных и групповых программ психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера
ИОПК-5.2 применяет теоретические знания при разработке конкретных программ психологического вмешательства и психологической помощи (консультация, развитие, коррекция, неврачебная психотерапия, профилактика, реабилитация) в отношении отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лиц с ОВЗ	

Допороговый уровень	Обучающийся не ориентируется и не способен самостоятельно применять теоретические знания при разработке конкретных программ психологического вмешательства и психологической помощи (консультация, развитие, коррекция, неврачебная психотерапия, профилактика, реабилитация) в отношении отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лиц с ОВЗ
Пороговый уровень	Обучающийся слабо ориентируется и демонстрирует низкие способности в применении теоретических знаний при разработке конкретных программ психологического вмешательства и психологической помощи (консультация, развитие, коррекция, неврачебная психотерапия, профилактика, реабилитация) в отношении отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лиц с ОВЗ
Базовый уровень	Обучающийся ориентируется с незначительными ошибками при применении теоретических знаний при разработке конкретных программ психологического вмешательства и психологической помощи (консультация, развитие, коррекция, неврачебная психотерапия, профилактика, реабилитация) в отношении отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лиц с ОВЗ
Продвинутый уровень	Обучающийся способен применять теоретические знания при разработке конкретных программ психологического вмешательства и психологической помощи (консультация, развитие, коррекция, неврачебная психотерапия, профилактика, реабилитация) в отношении отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лиц с ОВЗ
ИОПК-6.1 Владеет спецификой разработки и принципами реализации комплексных программ индивидуального, семейного и группового психологического консультирования и неврачебной психотерапии в контексте профессиональной деятельности клинического психолога	
Допороговый уровень	Обучающийся не ориентируется в специфике разработки и принципах реализации комплексных программ индивидуального, семейного и группового психологического консультирования и неврачебной психотерапии в контексте профессиональной деятельности клинического психолога
Пороговый уровень	Обучающийся слабо ориентируется и демонстрирует низкие способности при овладении спецификой разработки и принципами реализации комплексных программ индивидуального, семейного и группового психологического консультирования и неврачебной психотерапии в контексте профессиональной деятельности клинического психолога
Базовый уровень	Обучающийся ориентируется с незначительными ошибками в специфике разработки и принципах реализации комплексных программ индивидуального, семейного и группового психологического консультирования и неврачебной психотерапии в контексте профессиональной деятельности клинического психолога
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо владеет спецификой разработки и принципами реализации комплексных

	программ индивидуального, семейного и группового психологического консультирования и неврачебной психотерапии в контексте профессиональной деятельности клинического психолога
--	--

4. Оценочные средства для проведения текущего контроля

Текущий контроль проводится регулярно на лекционных и практических занятиях с целью получения оперативной информации об усвоении учебного материала и диагностики сформированности компетенций.

№ п/п	Контролируемые разделы	Индикаторы компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Введение в психосоматику. Психосоматическая проблема в истории человечества как эмпирический источник знания о связи психики и сомы, души и тела. Психосоматическая проблема в истории человечества как эмпирический источник знания о связи психики и сомы, души и тела. Проблема во взаимоотношении души и тела в истории философии (Философские предпосылки развития психосоматики). Соматоцентрический подход (Механистический подход). Подход психофизического параллелизма (Дуалистический подход). Духовный (психоцентрический) подход. Проблемы соотношения психики и сомы в истории медицины (медицинские предпосылки развития психосоматики). Теоретические основы психосоматики в отечественной медицине. Холистический подход.	ИУК-1.1. ИУК-1.2. ИОПК-5.1.	устный опрос
2.	Тема 2. Предмет, задачи и методы психосоматики. Современные представления о предмете психологического изучения в психосоматике. Психосоматика как область междисциплинарного исследования. Определение основных понятий в психосоматике. Проблема психологического изучения в психосоматике. Психосоматика как психологическая дисциплина. Задачи психологического исследования в психосоматике. Роль психологического фактора в возникновении и течении соматических заболеваний. Патофизиологические механизмы психосоматических заболеваний. Эмоциональный стресс и психосоматические заболевания. Невротический конфликт. Роль раннего онтогенеза в возникновении психосоматических расстройств	ИУК-1.1. ИУК-1.2. ИОПК-5.1.	устный опрос
3.	Тема 3. Психосоматические теории и модели Конверсионная модель З. Фрейда. Истерическая конверсия: вытесненный эффект и «язык тела». Вторая модель психосоматического образования симптомов по З.Фрейду. Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Модель вегетативного невроза Ф.Александера. Модель Александера и теория векторов. Полиэтиологическая природа вегетативного невроза. Роль психодинамики эмоций и психологических защит в	ИУК-1.1. ИУК-1.2. ИОПК-5.1.	устный опрос доклад

	<p>возникновении дисфункции вегетативно – иннервируемых органов. Концепция двухфазного вытеснения (защиты) А. Митчерлиха. Место феноменов десоматизации и ресоматизации в психосоматическом симптомогенезе. Идеи А.Митчерлиха о роли различных (нормальных и патологических) психологических защит в психогенезе симптома. Теория профилей личности Ф.Данбар. Нозотипический характер профилей, их предполагаемое диагностическое и прогностическое значение, роль личностного фактора в симптомогенезе. Концепция алекситимии и её роль в происхождении психосоматического симптома. Определение, основные признаки, происхождение, структура, концепция Р.Сифнеоса. Роль алекситимии в симптомообразовании и возможности её психокоррекции. Теория стресса и её роль в разработке проблем психосоматики. Теория стресса Г.Селье, ее истоки и роль в разработке проблем психосоматики.</p>		
4	<p>Тема 4. Диагностика в психосоматике Основные принципы и приёмы диагностики. Мультимодальность как основной принцип диагностики. Цели и задачи диагностики в психосоматике. Мультимодальный опросник жизненной истории Лазаруса. Мультимодальный подход Оудсхорна. Диагностическая беседа. Виды вопросов. Психологические тесты в психосоматической практике. Принципы интервьюирования психосоматических пациентов</p>	<p>ИУК-1.1. ИУК-1.2.</p>	<p>устный опрос доклад</p>
	<p>Тема 5. Психотерапия при психосоматических заболеваниях. Виды психотерапии используемые в психосоматике. Гештальттерапия в психосоматике. НЛП. Суггестивная психотерапия. Позитивная психотерапия. Гештальт – терапия. Когнитивно – поведенческая терапия. Символдрама. Трансактный анализ. Арт – терапия. Психодрама. Телесно-ориентированная психотерапия. Биоэнергетика Лоуэна. Метод Фельденкрайза. Анализ характера и вегетотерапия по Райху</p>	<p>ИОПК-5.1 ИОПК-5.2 ИОПК-6.1.</p>	<p>устный опрос доклад решение кейсов</p>
	<p>Тема 6. Картина личности и психотерапия при различных видах психосоматических расстройств. Болезни органов дыхания, сердечно – сосудистых заболевания, желудочно – кишечных, кожные заболевания. Гинекологические заболевания. Головная боль. Онкологические заболевания. Кожные болезни. Расстройство пищевого поведения. Болезни эндокринной системы. Депрессия.</p>	<p>ИОПК-5.1 ИОПК-5.2</p>	<p>устный опрос доклад</p>
	<p>Тема 7. Классификация психосоматических расстройств детского и подросткового возраста Понятие психосоматического и соматопсихического развития. Проблематика психосоматических расстройств и соматопсихического развития в детско-подростковом возрасте в МКБ –10. Мультимодальная диагностика в контексте психосоматической практики детского возраста. Общесоматические коварианты психосоматической патологии детского возраста в МКБ–10 и общемедицинской практике Многомерная диагностическая гипотеза в</p>	<p>ИОПК-5.1.</p>	<p>устный опрос</p>

	психосоматической практике		
	<p>Тема 8. Риск психосоматического развития и ресурс оптимизации соматопсихического развития в детском возрасте</p> <p>Психосоматические расстройства детского возраста с точки зрения системного подхода. Предпосылки психосоматического развития: биологические, психологические социально-психологические. Конституция и её «вклад» в психосоматическое развитие ребёнка. Ресурсы оптимизации соматопсихического развития и их диагностика. Физическая и психологическая травма в контексте соматопсихического и психосоматического развития. Психосоматическая проблематика детского и подросткового возраста в нормативном образовательном процессе. Соматизация психоэмоционального стресса в детском возрасте. Закономерности. Механизмы. Предикторы. Предпосылки.</p>	ИОПК-5.1.	устный опрос доклад
	<p>Тема 9. Внутренняя картина болезни и здоровья в детском и подростковом возрасте</p> <p>Болезнь и здоровье как объекты интериоризации. Переживание болезни. Варианты переживания болезни в детском и подростковом возрасте. Психологические защиты и стратегии преодоления болезни в детском и подростковом возрасте. Динамика индивидуального восприятия болезни. Позитивная и негативная модели здоровья. Понятие субъективного телесного опыта (СТО). Отношение СТО и ВКБ. Предпосылки к формированию доминирующего типа реагирования на болезнь в детском возрасте. Многоосевая модель СТО</p>	ИОПК-5.1.	устный опрос доклад
	<p>Тема 10. Ребёнок и подросток в системе медицинской помощи</p> <p>Психологический аспект в детской и подростковой соматической медицине. Психологическая и соматическая инвалидизация. Медицинские манипуляции в клинике детского возраста как источник стресса. Госпитализм. Психологическое сопровождение медицинской реабилитации (этап стационарной реабилитации) как ресурс преодоления ятрогенного стресса.</p>	ИОПК-5.1. ИОПК-5.2 ИОПК-6.1.	устный опрос доклад решение кейсов
	<p>Тема 11. Терапевтическое вмешательство и реабилитация при психосоматических расстройствах у детей.</p> <p>Принципы психосоматической терапии. Клинические концепции психосоматической терапии. Принципы психофармакотерапии</p>	ИОПК-6.1. ИОПК-5.2	устный опрос решение кейсов

Текущий контроль по дисциплине проводится путем контроля посещаемости, работы с кейсами по темам, выполнения домашних заданий, и фиксируется в форме контрольной точки не менее одного раза в семестр.

Преподаватель оценивает работу студентов на занятиях по критериям:

- регулярность участия в дискуссиях;
- формулировка релевантных вопросов;
- соответствие выступлений на занятиях обсуждаемым вопросам;
- точность высказываний;
- грамотное пользование понятиями;
- отсылки к первоисточникам

4.1 Содержание оценочных средств

Используемые оценочные средства: устный опрос, доклад, кейс-задание.

4.1.1 Типовые вопросы для устного опроса.

1. Философские и медицинские предпосылки развития психосоматики.
2. Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
3. Современные представления о предмете изучения психосоматики.
4. Группы психосоматических расстройств.
5. Конверсионные расстройства.
6. Соматоформные расстройства.
7. Патогенез психосоматических расстройств.
8. Роль раннего онтогенеза в развитии психосоматических расстройств.
9. Конверсионная модель Фрейда.
10. Концепция «личностных профилей».
11. Эго-психология Кохута.
12. Концепция Шура.
13. Концепция Митчерлиха.
14. Психосоматический симптом как результат ролевого конфликта.
15. Концепция Аммона.
16. Концепции Пригожина и Ананьева.
17. Структурный аттрактор болезни.
18. Психосоматический симптом как результат алекситимии.
19. Мультимодальная диагностика.
20. Мультимодальный подход Оудсхорна.
21. Диагностическая беседа.
22. Типы вопросов при интервьюировании пациентов.
23. Внутренняя картина болезни.
24. Типы отношений к болезни.
25. Нозогении при психосоматических заболеваниях.
26. Психотерапия при психосоматических заболеваниях.
27. Выбор тактики психотерапии при психосоматических заболеваниях.
28. Глубинно-психологические методы психотерапии при психосоматических заболеваниях.
29. Методы психотерапии, ориентированные на симптом.
30. Картина личности и психотерапия при болезнях органов дыхания.
31. Картина личности и психотерапия при сердечно – сосудистых заболеваниях.
32. Картина личности и психотерапия при гинекологических заболеваниях.
33. Картина личности и психотерапия при головных болях, мигрени.
34. Картина личности и психотерапия при онкологических заболеваниях.
35. Психосоматика пищевого поведения.
36. Картина личности и психотерапия при кожных заболеваниях.
37. Психосоматические аспекты депрессии.
38. Инфекционные болезни

4.1.2 Типовые темы докладов для освоения теоретических знаний

1. Распространённость и эпидемиология психосоматических расстройств у детей.
2. Стресс и эмоциональный стресс в этиологии психосоматических расстройств.
3. Социальное окружение и его значения для развития психосоматической патологии.
4. Систематика неблагоприятных психосоциальных факторов.
5. Глобальные и общественные неблагоприятные факторы.
6. Семейные неблагоприятные факторы для возникновения психосоматической патологии в детстве.
7. Роль психологических защит в этиологии и патогенезе психосоматических расстройств.
8. Соматические изменения в процессе стресса.
9. Патогенность стресса.
10. Выявление детей, подверженных риску психосоматических расстройств..
11. Диагностика и систематика психосоматических расстройств.
12. Особенности диагностики психосоматических расстройств у детей.
13. Психосоматические симптомы у детей.
14. Психосоматические синдромы у детей.
15. Психосоматические соотношения в младенчестве.
16. Роль матери в развитии ребёнка и его приспособления к окружающей среде.
17. Клинические проявления психосоматических расстройств у младенцев.
18. Клинические проявления психосоматических расстройств у детей раннего возраста.
19. Обследование детей раннего возраста.
20. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы у детей.
21. Вегето-сосудистая дистония.
22. Лечение детей с вегетативной дистонией.
23. Психосоматические соотношения при аллергических заболеваниях.
24. Этиология и патогенез бронхиальной астмы.
25. Распространённость психосоматических расстройств желудочно-кишечного тракта.
26. Клиническая картина болезней желудочно-кишечного тракта.
27. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
28. Психосоматические расстройства эндокринной системы у детей.
29. Психогенные факторы при гипертиреозе.
30. Психогенные факторы при сахарном диабете.
31. Психогенные факторы при ожирении.
32. Психосоматические и соматопсихические расстройства при нарушении репродуктивной функции у девушек.
33. Терапевтическое вмешательство и реабилитация при психосоматических расстройствах в детском возрасте.
34. Принципы психосоматической терапии.
35. Клинические концепции психосоматической терапии

4.1.3 Типовые кейс-задания:

Кейс №1

Задания к кейсу

1. Определите наиболее подходящую для данного клинического случая психосоматическую концепцию.
2. Выделите основные клинические (психологические) симптомы, которые описывают течение расстройства
3. Выявите какие факторы повлияли на возникновение психосоматической симптоматики
4. Предложите вид психологического/психотерапевтического решения выявленной проблемы и обоснуйте

Родители

Мама младшая из трех сестер, выросла с няней, которую считала второй мамой. В детстве маме все позволяли и очень баловали. Потом мама уехала учиться в Ленинград и там встретила с моим папой. Поженились они, когда маме было 19 лет, а папе 26 лет. Через 1,5 года родилась я. Родители хотели мальчика, а родилась девочка. Роды были тяжелые. Маме назначали очень много лекарств, после чего у нее произошло нарушение обмена веществ, и — в результате в течение нескольких лет ее вес превысил 100 кг. Я откусила маме сосок, и ей сделали операцию. Перешла на питание смесями. Я. Я родилась в околоплодном пузыре, как говорят, «в рубашке» — счастливая. А счастье в том, что не захлебнулась. Сразу не закричала. Ходить начала в 9 месяцев, не ползая еще. До трех лет была очень спокойным ребенком. Очень плохо ела. Все запихивала за щеки и не глотала. За что получала ложкой по лбу. Еще в детстве очень любила качать на улице чужие коляски. Ходила к соседям нянчить их малышкой. Очень хотела братика или сестричку. В ясли меня отдали в полтора годика.

Ясли

Блиzkих друзей не было. Родители других детей жаловались, что я их обижаю, в том числе и мальчиков. Что дети боятся идти в *ясли*. Я их *шантажировала*: «Если не принесешь завтра жвачку, то получишь». Но никогда никого, как помню, я не трогала. Играя на площадке, один мальчик ударил меня по лицу ведром. Помню, что было много крови. Остался шрам вдоль всей брови. Но воспитатели даже сначала не заметили, а потом помню их какое-то равнодушие к этому факту. Первое разочарование в воспитателях. Но были, наверное, и другие, хорошие... В 20 лет я встретила свою воспитательницу по музыке. И она сразу узнала меня: «Вы Оксана?». Оказывается, я была для нее самым трудным, а потому и любимым ребенком. Помню, с детства мне мама не разрешала плакать. Говорила, если будешь плакать, то получишь. Смеяться громко тоже не позволяли. Что мол, как лошадь, смеешься. В итоге скупа на эмоции. Плачу втихаря, а смех не проявляю в полной мере. Детский сад Не любила тихий час Дружила больше с мальчишками. Была с ними на равных: «Она наша — не трогайте ее». Плохо ела. Помню, заставили меня есть суп, а я не хотела, так воспитатели за шиворот его мне вылили. Я не любила никогда чай с молоком и знала, что меня может вырвать от него и предупредила об этом воспитателей. Они не поверили и все-таки заставили его выпить, и потом еще ругались на меня за то, что меня от него вырвало Второе разочарование в воспитателях. Вот еще один случай: один мальчик позвал меня в туалет и снял при мне другому мальчику штаны. Тот ничего не мог сделать. Мне очень это не понравилось, и я сказала, что все расскажу воспитательнице, так как сама не знала, что делать в таком случае. Весь день «виновник» ползал за мною на коленях и просил ничего не рассказывать. А я считала своим долгом рассказать это. Но когда пришла воспитательница и я начала рассказывать, что произошло, она, даже не дослушав до конца, сказала, чтобы сами разбирались. «Виновник» потом почувствовал себя прекрасно, а я как будто бы осталась в дураках. Чувство несправедливости осталось и по отношению ко мне, что не выслушали, и к тому мальчику, которому сняли штаны. Третье разочарование в воспитателях. И еще много случаев, которые приводили к недоверию воспитателям. Еще маленькой я говорила себе: «Я никогда не буду такой, как ОНИ». В этот же период, помню, попала под качели и получила легкое сотрясение мозга. Врачи также определили, что у меня сколиоз второй степени, но причину не знаю. Может быть, когда-то *упала*, так как похоже на ушиб. Перенесла почти все детские болезни. Школа Со стороны учителей. В школе у меня был весь дневник в красных замечаниях. Дружила только с мальчишками. Играли с ними в фантики, бегали друг за другом, прятали портфели... Учителя говорили — не девочка, а пацанка. Была грозой школы, так как все знали, что я занимаюсь каратэ и мой папа тренер.

Но никого я не била и сама всех побаивалась. Любимая учительница — та, которая была в начальных классах. Я помню, на первом уроке она спросила: «Кто умеет писать по-письменному, а не печатными буквами?». И я сказала, что я. (До школы папа меня учил писать и читать, хотя по большей части насильно. И если плохо читала, то бил по затылку.) И меня вызвали к доске. Я очень боялась. И сердце теплом облилось, когда меня учительница похвалила. Хотя не все так прекрасно на доске было. Я была счастлива. Пела я плохо, и учительница сказала, что чем так петь, лучше в конце ряда рот просто открывать. Обида до сих пор в душе. Второй момент — когда учительница по русскому языку сказала нам, чтобы мы говорили все, что думаем, так как только так можно чему-то научиться, и что не надо бояться ошибок. А когда я что-то сказала неправильно, она заметила, что лучше бы я молчала, чем такую чушь говорить. С тех пор я, прежде чем сказать, или подумаю сто раз, или вообще промолчу. А однажды, когда я что-то сказала, она мне по губам дала ладонью. До сих пор ее ненавижу. Со стороны родителей. Родители постоянно контролировали, как я делаю *уроки, не прощали* опозданий и не позволяли, например, смотреть телевизор, пока не поглажу все белье, не уберу квартиру, не сделаю уроки. Помню, ходила в кружок фотографии, а потом мама решила, что полезнее будет, если я буду вязать. В итоге я сбегала с вязания в фотокружок. Одежду носила, какую мама хочет. Я всегда хотела одеваться в спортивном стиле, а мама — чтобы я была в юбке. В результате у меня занижена самооценка, трудно делать выбор, принимать самостоятельно решения. По поводу еды меня тоже особо не спрашивали. Считалось, что положено, должна съесть — и все до конца. В итоге бутерброды прятала под диваны, а пищу собирала за щеки и потом спускала в туалет или в раковину. Каждая трапеза заканчивалась слезами. Да я вообще не *помню* дня, чтобы я не плакала. Постоянные телесные наказания. Били ремнем, шнуром от пылесоса, руками по лицу. Однажды папа, когда пылесосил, за что-то ударил меня им по голове. Диагноз — сотрясение мозга. Бывали случаи, и не редко, что меня выгоняли из дома. Но я не уходила, а только плакала на пороге и про себя мечтала, что когда будет куда, я уйду от них. В восьмом *классе ходила* в детский дом помогать воспитателям. Дети очень меня любили, и я их. Мне нравилось туда ходить, но воспитатели меня предупреждали, так как я хотела работать с детьми в будущем, что им очень мало платят и что работать трудно. На летних каникулах каждый год я отдыхала в пионерских лагерях и общалась с маленькими детьми из других отрядов. В своих отрядах была в лидерах

Институт

Поступила не туда, куда хотела. Так как мама сказала, что нужно получать престижную профессию (экономист), а потом уже можешь куда хочешь поступать (хотела на учителя). На каникулах работала вожатой в пионерском лагере. Молодых людей было очень много. Занималась общественной жизнью. На 4 курсе вышла замуж. Мы вместе ходили на тренировки по борьбе в течение 5 лет, и родители мне все говорили обратить на него внимание, вот и обратила. Он старше меня на 5 лет. Живем мы отдельно от родителей. Первое время, помню, не отходила от телевизора, компенсируя то, что не давали посмотреть родители. Не убирала квартиру, ела что хотела и когда хотела, шла куда отела и т. д. Хотя я эмоционально так и не отделилась от родителей и все время думаю, а что скажет мама. Родители, в свою очередь, продолжают вмешиваться в нашу жизнь: «А ты все погладила, а что вы ели, а куда деньги тратите, как ты оделась, почему не позвонила, что ушла допоздна, мы же волнуемся?!.» После института Поступила в университет на психолога. Через два года после свадьбы у нас родилась девочка. Мне было 23 года. Вес как был 40 кг, так и остался без изменений. Беременность прошла хорошо. Аппетита не было, особенно в первые месяцы беременности. Но в конце потянуло на мучные продукты. Роды были срочные, спровоцировали проколом околоплодного пузыря, так как перенашивала. Прогнозировали делать кесарево сечение, но родила сама. Девочка весом 3 кг, рост 48 см. К груди приложила через день. Перед выпиской я заболела. Температура 38 °С, насморк, кашель. У дочки тоже отсутствовало носовое дыхание: нам вводили

антибиотики. Выписались только через две недели. До девяти месяцев кормила грудью. В прошлом месяце защитила диплом. За психотерапевтической помощью обратилась в связи с тем, что возникли проблемы в работе с клиентами после окончания института.

Кейс №2

Пациентка обратилась за консультацией в связи с тревогой по поводу своего ненормального» отношения к чистоте и частых головных болей. Из анамнеза известно, что мать Екатерины работала научным сотрудником. После смерти первого мужа вышла замуж за мужчину с очень требовательным и жестким характером. Кате на тот момент было 4 года. Отец — ученый, занимался ядерной физикой, умер в возрасте 40 лет от лейкемии. Кате в этот момент был 1 год 8 месяцев. Отчим — дружил до смерти отца с семьей Кати, имея собственную семью и двух детей в другом городе. После смерти друга сделал предложение вдове и, оставив семью, переехал жить в Ленинград. Отчим любил приглашать в дом «нужных» людей, с которыми любезничал, но, когда они уходили, отзывался о них, как правило, негативно. Был очень строгим, часто наказывал детей. Мать не перечила, считая, что в воспитании следует придерживаться одной линии. Требовал, чтобы в доме всегда был во всем порядок. Если кто-то из детей нарушал правила семьи, то лишался общения. Брат — старше Кати на девять лет. Не любил оставаться с Катей, прятал от нее вкусную пищу и съедал, закрывшись в комнате. Отчим относился к нему хорошо, хотя, если он забывал сказать «доброе утро», «приятного аппетита» и т. д., и его лишали завтрака. С сестрой общего языка не находил, иногда они дрались. Окончил школу и институт с отличием. Екатерина родилась в Ленинграде. Смерть отца не помнит. События детства вспоминает с трудом. Психотравмирующие воспоминания связаны с отчимом, который наказывал ее за все. В школу пошла без желания, никогда не любила учиться, в старших классах училась на «2» и «3», даже когда знала предмет, говорила, что не выучила. Не признавала авторитетов среди людей. Отчим часто повторял, что когда Катя вырастет, то будет уборщицей. После восьмого класса оставила школу. В 16 лет была влюблена в парня, за которого впоследствии вышла замуж. В это время между Катей и отчимом происходили конфликты, которые доходили до того, что он велел матери выбирать между ним и Катей. Мать выбрала дочь, и он подал на развод, но занял комнату в четырехкомнатной квартире, вставив туда замок. Жизнь стала невыносимой для всех. Катя вышла замуж. Муж был призван в армию; вернувшись после службы, так же, как и жена, нигде не работал и не учился, супруги находились полностью на содержании матери. У Кати родился сын, и через год она развелась с мужем. Хуже всего для нее было то, что муж не мог оценить все те старания, которые она проявляла при наведении порядка в квартире. Ее мать, которой исполнилось 58 лет, вышла замуж за иностранца и уехала жить в другую страну. Через несколько лет она познакомила Катю с мужчиной-иностранцем, который обожает чистоту, домашний уют, и Катя вышла за него замуж. Сейчас она живет в той же стране, где ее мать, с сыном и мужем. Все было бы хорошо, но у нее панический страх и тревога оттого, что вдруг в доме есть пыль или грязь, и из-за этого возникают несколько напряженные отношения в семье. Проявляется неадекватное отношение к чистоте следующим образом: на уборку трехкомнатной квартиры уходит ежедневно четыре часа. В кухню никто не имеет права входить, кроме нее. Она готовит, сервирует стол, приглашает завтракать и после завтрака всех выгоняет из кухни и начинает уборку. Если вдруг кто-то захотел пить, то она берет вначале салфетку, а затем ею берется за ручку шкафа, чтобы оттуда достать стакан. Если на столе стоит ваза или подсвечники, она линейкой измеряет расстояние, чтобы они стояли по центру и симметрично. Если сдвинуть их хотя бы на несколько миллиметров, она приходит в негодование. По ее выражению, в доме нет пыли, отпечатков пальцев. Когда сын приходит из детского сада, он, прежде чем войти в квартиру, идет в подсобное помещение, и там Катя его переодевает до трусов, чтобы он не принес на одежде никакой

пыли. После ужина он не может пойти в свою комнату, так как там идеальная чистота, и два часа до сна он вынужден сидеть в зале, так как Катя боится, что у себя он все перевернет или намусорит. Когда она ходит в гости, она берет с собой носки, чтобы переодеть, и никогда не прислоняется к спинке стула. В ходе интервью было выяснено, что она до сих пор не простила отца за то, что он постоянно унижал ее человеческое достоинство. Хвалил он ее только за то, что она старательно убирала квартиру. Самым плохим человеком она считает отца, называя его злым, а самым хорошим — своего настоящего мужа, за то, что он «видит в ней человека». Страх, что в квартире вдруг не убрано, связан с тем, что она будет «плохой девочкой», и поэтому живет постоянно в тревоге, которая, постепенно нарастая, привела к бессоннице. Она каждый раз перед сном подсчитывает, сколько нужно убрать шкафов, помещений и т. д. Внутри переживает сильный конфликт, что таким отношением она портит жизнь мужу и сыну, в то же время считает, что если она будет плохо убирать квартиру, то муж ее разлюбит, так как больше любить не за что. Также призналась, что ненавидит уборку и поэтому никому не позволяет трогать шкафы, так как на следующий день объем работы может возрасти.

Задания к кейсу

1. Определите наиболее подходящую для данного клинического случая психосоматическую концепцию.
2. Выделите основные клинические (психологические) симптомы, которые описывают течение расстройства
3. Выявите какие факторы повлияли на возникновение психосоматической симптоматики
4. Предложите вид психологического/психотерапевтического решения выявленной проблемы и обоснуйте.

Кейс.№3

Анамнез

Родилась от первой беременности. Беременность протекала без патологии. Роды срочные, без осложнений. Родителям при рождении дочери было по 24 года. Отец — военнослужащий, мать — инженер-химик, в тот момент работала на цементном заводе, работа протекала во вредных экологических условиях. Семья жила за Полярным кругом, в маленьком гарнизонном городке с неразвитой инфраструктурой, плохими бытовыми и социальными условиями проживания. Зарботки родителей были скромными, поэтому питание матери во время беременности не было удовлетворительным. Кроме того, семья проживала в бараке без бытовых удобств, с большим числом соседей. Отец часто работал на дальних точках, дома бывал редко, а когда приезжал, то собирал друзей, и они шумно отмечали эти встречи. В маленькой комнате которую занимала семья, собирались с ночевкой по 6 — 8 человек молодых офицеров. Это продолжалось довольно долго, пока соседка не отругала отца, сказав ему» что его молодая беременная жена не сможет родить здорового ребенка, если все будет так же продолжаться. Визиты друзей почти прекратились, но отец попрежнему надолго уезжал, так что мать пошла в родильный дом сама, а о рождении дочери он узнал гораздо позже.

Ребенок родился с нормальным весом, без отклонений. Грудное вскармливание до 7 месяцев, но, поскольку законодательство в то время давало возможность женщине ухаживать за ребенком только несколько недель, мать была вынуждена выйти на работу, а дочь кормила в перерывах. За девочкой стала присматривать двоюродная бабушка, приехавшая к ним из Сибири. Она была пожилым и довольно больным человеком, плохо ходила, не могла поднимать тяжести, поэтому на руки ребенка почти не брала, да и перемещение девочки, когда та уже немного подросла, было ограничено небольшим

пространством, выгороженным в комнате. Чтобы ребенок никуда не заползал, девочку привязывали веревочкой к ножке кровати, и она играла с игрушками в углу комнаты. Отец отнесся к рождению дочери с радостью, но работа не позволяла ему проводить с ней достаточно времени. К тому же его пристрастие к веселым компаниям и алкоголю стало приводить к частым скандалам между родителями.

Из воспоминаний Ирины: Один такой скандал мне запомнился очень отчетливо, хотя, по словам мамы, мне не было тогда и двух лет, примерно 1 год и 7 месяцев. Я проснулась от шума и криков в своем закуточке, где стояла моя кроватка. Родители меня не замечали, так как громко спорили и ругались. Потом отец, как мне показалось, стал душить маму, схватив ее за воротник халата. Та испуганно закричала, он отпустил, но со злости ударил по окошечку в шкафу, где висела одежда. Тогда были такие шкафы с маленьким окошечком, которое для красоты было затянуто изнутри вышивкой. Крестиком была вышита розочка на черном фоне. Это стекло разбилось, потекла кровь, так как отец порезал руку о разбитое стекло. Я заплакала от страха, но, по-моему, на меня не сразу обратили внимание, а может быть, я даже совсем не плакала, так мне было страшно. Когда позже, уже в возрасте 5 лет, я попыталась рассказать дальним родственникам этот эпизод, узнав об этом, бабушка строго-настрого запретила мне о нем говорить.*

В возрасте двух лет девочку отвезли к родной бабушке по материнской линии в Сибирь, так как климатические условия Севера были очень суровыми, а фруктов и овощей практически не было. Там, в Сибири, живя в разлуке с матерью, девочка в первый раз тяжело заболела. Простуда перешла в воспаление легких, что потребовало инъекций антибиотиков. В доме у бабки девочка прожила до рождения брата. Он родился, когда ей исполнилось 3 года. В последние месяцы беременности мать приехала в Сибирь. Так как у нее было обнаружено неправильное предлежание плода, то ее отвезли в областную больницу, там и родился мальчик, крупный, весом почти 5 килограмм, очень беспокойный, плаксивый.

После рождения внука бабка продала дом, и в се стали жить на Севере. К тому времени отцу дали две комнаты в коммунальной квартире уже обычного дома, а не барака. У соседей тоже было две комнаты, а еще у них был сын Олег, с которым девочка подружилась. Они вместе играли, гуляли, порою дрались, но решали все проблемы без участия родителей. Ирина была на год его старше, считалась заводилой всех игр. Детский сад девочка не посещала, ее воспитанием стала заниматься бабушка Нина, так как мать по-прежнему работала. Девочка хорошо была развита интеллектуально, рано и самостоятельно научилась читать, писать печатными буквами, считала, очень хотела пойти в школу. Подруг не было, в основном девочка играла с мальчиками во дворе и с соседом дома. Очень любила петь, танцевать. По ее просьбе мама отвела Ирину в танцевальный кружок, где девочку отметила руководительница, стала давать ей главные «партии», но вскоре танцы пришлось оставить из-за частых инфекционных болезней. Был поставлен диагноз: хронический аденоидит, хронический фарингит. Очень плохо ела, наблюдалось резкое снижение аппетита. Для его улучшения Ирине давали слабый раствор соляной кислоты перед едой. Когда девочке исполнилось 6 лет, отец уехал в длительную командировку на 3 года. В школу ее провожала мать. Ребенка строго контролировали в вопросах прогулок, домашних игр, часто ругали за шалости и проступки брата. Мать была вынуждена выполнять функции отца, была строга и требовательна. В это время у Ирины стали появляться сильные боли в животе и правом подреберье. Было проведено обследование желудка и зондирование. Установлен диагноз: дискинезия желчевыводящих путей на фоне деформации желчного пузыря. Была назначена диета, медикаментозное лечение аллохоллом, холосасом, травами, проводилось слепое зондирование. Несмотря на слабое здоровье, девочка училась успешно. Она стала любимицей классной руководительницы, которая ее так и называла «моя маленькая помощница». Оценки по всем предметам были только отличные. Девочка

старалась участвовать во всех мероприятиях класса и школы, делала это с удовольствием. Ей все было интересно: от конкурса *чтецов до спортивных* праздников. Но мешали частые болезни. Среди психологических особенностей у ребенка отмечался дефицит внимания. Так, например, она могла прийти из школы с пустым портфелем, оставив в школе все учебники. В классе у нее было много друзей, но это в основном были мальчишки. Ее выбрали командиром звездочки. Ребята стали часто собираться у нее в квартире, играли в настольные игры, запускали самолет с моторчиком, смотрели диафильмы. Но дружба с мальчиками стала вызывать недовольство среди девочек класса, особенно после того, как возникла первая детская влюбленность между ней и одним из одноклассников. Их стали дразнить «женихом» и «невестой», рассказывать придуманные обидные истории. В результате дружба распалась к концу второго класса, а потом мальчик уехал с родителями в другой город. Во втором классе она поступила в музыкальную школу, выдержав довольно большой конкурс, так как школа открылась после длительного перерыва на ремонт и накопилось много желающих в ней учиться. Заниматься музыкой ей и нравилось и не нравилось: «Было много нудной работы, но мало творчества». От долгих занятий стала болеть спина. Она не обращала на это внимания, считала, что в этом нет ничего страшного, родителям ничего не говорила, так как опасалась, что это сочтут за лень и отговорки. Мать не заставляла заниматься музыкой, но усиленно показывала, что ждет успехов дочери. Девочка старалась оправдать эти ожидания. Отметки в музыкальной школе тоже были отличные. В связи с плохим состоянием здоровья детей стали вывозить летом на юг, в Краснодарский край. Детей сопровождала бабушка, она строго следила за режимом дня, питанием, не разрешала уходить из дома. Дети все время были под ее присмотром либо под контролем мамы. Иногда летом к ним приезжал отец. Девочка его очень ждала, готовила к его приезду концерты, разучивала стихи и песни, писала сценарии представлений, а потом сама или вместе с братом их исполняла. Но даже в условиях юга девочка часто болела: ангины, бронхиты, отиты, паротит («свинка»), ветрянка. Был поставлен диагноз гайморит. Кроме того, проявилась онихофагия. С 8-летнего возраста девочку стали вывозить на лечение на Кавказ. Там были назначены сероводородные ванны, грязелечение на область печени и гайморовых пазух, минеральная вода. Лечение и строгая диета произвели эффект, и самочувствие девочки стало лучше. Она уже была способна есть свежий хлеб, понемногу селедку или соленые огурцы. Но аппетит по-прежнему был плохим. В 9 лет начался ранний пубертат, регулярные месячные установились к 10 годам, наблюдался бурный рост (до 168 см), оформилась грудь. Это породило дополнительные проблемы в общении со сверстниками, так как вызывало насмешки мальчиков, особенно на уроках физкультуры, хотя девочка была подвижной и спортивной. Частые ангины и простудные болезни привели к тому, что ребенка поставили на учет к ревматологу, при обследовании было обнаружено низкое содержание гемоглобина. Была проведена операция по удалению миндалин, а затем и аденоидов. Ангины прекратились, но стали появляться трахеиты и бронхиты. По возвращении из командировок отец стал чаще бывать дома, но участились скандалы между ним и матерью по поводу его пристрастия к алкоголю и компаниям. Взаимоотношения родителей становились все более натянутыми, особенно когда выяснилось, что отец находится в сексуальных отношениях с другой женщиной. Любовница у него была уже давно, но узнала мать об этом случайно. Дочери тогда исполнилось 13 лет. Скандалы она не видела, их старались скрыть, но атмосфера в семье была тягостная. Отец часто приходил выпившим, придирался к разным мелочам, часто разбивал какие-то предметы в гневе (часы, чашки и т. п.). Через год сильно заболел брат. После тяжелого гриппа у него начались отклонения в психическом состоянии: он отказывался от пищи, от общения со стариками (даже собственной бабушкой), строил поведение в зависимости от каких-то только ему ведомых примет, не мог слышать звука текущей воды. У него начались сильные головные боли. Он стал связывать их появление с

внешними причинами, например одеждой, в которую был одет в этот момент. Если его что-то не устраивало, то он кричал, ругался. Родители ничего не могли с этим поделать. Единственный человек, которого он воспринимал и который мог на него влиять, была старшая сестра. Мать обратилась к врачам, брат стал наблюдаться у невропатолога, но причину заболевания установить не смогли. Тогда было решено отправить его в Институт детских инфекций. Мать часто ездила к нему, лечение было длительным, примерно год. Обследование показало, что состояние мозга в норме, было проведено медикаментозное лечение, симптомы стали менее выражены, но причина заболевания так и не была установлена. Брат был направлен в Институт мозга. Там был поставлен диагноз: невроз навязчивых состояний. После годового лечения он был выписан. Все это время родителям было не до старшего ребенка. Девочка продолжала хорошо учиться в музыкальной школе, была круглой отличницей в общеобразовательной школе, но ее успехи мало занимали мать, так как она была полностью поглощена здоровьем сына, а отец был вовлечен в сложную «душевную драму». Здоровье девочки ухудшилось: стали снова возникать приступы холецистита, развился колит, гастрит с пониженной кислотностью. Был зарегистрирован аппендицит, но его приняли за очередной приступ холецистита. Девочка ушла с занятий, выпила ношпу и легла на грелку. Боль прошла, но через некоторое время возобновилась и уже не отпускала. Ира всегда была терпелива к боли и никогда не плакала. В этот раз она тоже долго терпела, только под утро попросила вызвать «скорую», так как боль стала невыносимой. Прибывший врач предположил приступ аппендицита, диагноз впоследствии подтвердился. Была проведена операция. Врачи сказали, что еще немного — и «аппендикс бы лопнул». Тогда же, в госпитале, при обследовании было выявлено увеличение щитовидной железы

Из воспоминаний Ирины: Я вспоминаю это период как что-то мрачное, темное. Чувствую себя заброшенной и оставленной один на один со всем миром. В школе учеба шла хорошо, но стала даваться с большим трудом, так как нагрузки возросли, приходилось ходить на факультативные занятия, много времени уделять музыке, хотя интереса к ней было все меньше. Заявить о своей решимости снять с себя эту обузу я не могла. Маме зачем-то хотелось, чтобы я закончила полный курс средней музыкальной школы. Даже шли разговоры о поступлении в музыкальное училище. (Приходила комиссия, меня отобрали в числе перспективных учеников и рекомендовали к поступлению.) Пришлось еще полгода заниматься даже после окончания музыкальной школы, пока окончательно не стало ясно, что это не мое призвание. Я быстро утомлялась, все время хотелось спать. Стало трудно дышать. Возникало такое ощущение, что мне не хватает воздуха. Хотелось вдохнуть еще и еще, но легкие были все наполнены, а ощущения достаточности воздуха не было. Снимала это только зевота. Если удавалось зевнуть, то становилось как-то легче. Дома все были подавлены. Мама и бабушка шептались между собой, обсуждая семейные дела. Отец был постоянно раздражен, часто ссорился с мамой. А тут еще в школе начались какие-то «интриги». Многих раздражала моя постоянно отличная учеба. Надо мной стали насмехаться, обвиняя в зубрежке. Девочки стали бегать на танцы, а я после одного посещения подобного мероприятия потеряла к ним интерес. На меня стали смотреть сверху вниз, так как у всех были «кавалеры», а у меня нет. Хотя отношения с ребятами в классе были хорошие, и я многим из них нравилась, но кого-то конкретно я выбрать не могла. Только в 11 классе стали появляться реальные поклонники. Мама пыталась вести со мной душевные беседы, выпрашивая, кто из них мне больше нравится. Я не столько делилась с ней, сколько «давала отчет». Между нами, при всей ее внешней заботе обо мне, никогда не возникало настоящей теплоты и близости. Она все время оценивала меня насколько я соответствую высокому званию идеального ребенка. Конечно, я старалась ее не подвести, но при этом вызывала раздражение одноклассниц, тех, кто не хотел или не мог этому соответствовать. Закончилось это тем, что когда однажды учительница моей любимой биологии из каких-то только ей ведомых педагогических соображений

поставила мне двойку (я отвечала несколько хуже, чем обычно), то это было раздуто так, что меня вызывали к директору школы с отчетом. Он потребовал, чтобы я пересдала материал, на что учительница сказала, что она и так уверена в моих знаниях. Тогда разыгралась совсем непонятная сцена, где директор заявил, что так нельзя, что он не имеет права дать мне золотую медаль и т. п. Я пришла домой и, не выдержав, расплакалась, хотя практически никогда не плакала до этого, даже маленькой. Особенно было обидно видеть злорадство со стороны моих недоброжелательниц. Но мама, да и отец, узнав об этой истории, не встали на мою защиту. Мама уговорила меня остаться в этой школе, так как «учителя столько вложили труда в мое воспитание и обучение». В результате у меня в журнале так и стояли 12 пятерок и эта странная двойка. А медаль мне так и не дали. Просто послали мои документы после окончания сроков подачи, их и вернули. После выяснилось, что директор сводил счеты с моей классной руководительницей, а я была просто орудием в их противостоянии. Но дело не в медали. Я никогда не чувствовала со стороны родителей защиту и заботу, а только контроль и опеку. Я просто должна была давать отчет об успехах. Отец был проще, мягче, чем мама, но его никогда не было рядом, так как он все время строил светлое будущее нашей страны. Я очень хотела вырваться из дома, начать жить новой, независимой жизнью. Для этого была только одна возможность — поступить учиться в институт. Меня тянуло в медицину, но, так как конкурс был очень большой, а рисковать я не могла (пришлось бы возвращаться домой), то я поступила в технический вуз. Училась хорошо, но сначала было очень трудно привыкнуть к бесконтрольности и самостоятельности. Чувство одиночества в большом незнакомом городе, где нет ни одного человека, который бы мне помог в трудную минуту, защитил, было очень сильным. Да еще страх не справиться и «вылететь» назад, в прошлое». Когда Ирина училась на первом курсе, весной проявились первые признаки фото дерматоза. Первоначально он проявлялся на лице, затем в последующие годы на руках, шее, груди. Проходил только тогда, когда появлялся загар на теле. Через несколько лет был выявлен остеохондроз. К 30 годам при обследовании и рентгенографии были обнаружены сильные изменения а позвоночнике шейно-грудного отдела, что вызывало сильные боли в спине. Хотя эти боли, а также приступы шейного миозита наблюдались еще в студенческие годы, но никому не приходило в голову, что они связаны с течением этого заболевания. В последующие годы регулярно проводилось грязелечение, физиопроцедуры, массажи и лечебная физкультура. Вышла замуж за мужчину старше себя на 10 лет. Через три года брак закончился разводом по ее инициативе, после которого обострилось заболевание щитовидной железы. Воспитывает сына, которому сейчас 15 лет. Родители до сих пор оказывают ей материальную поддержку, одновременно контролируя ее жизнь

Задания к кейсу

1. Определите наиболее подходящую для данного клинического случая психосоматическую концепцию.
2. Выделите основные клинические (психологические) симптомы, которые описывают течение расстройства
3. Выявите какие факторы повлияли на возникновение психосоматической симптоматики
4. Предложите вид психологического/психотерапевтического решения выявленной проблемы и обоснуйте.

5. Критерии оценивания результатов текущей аттестации

Виды текущего контроля	Допороговый уровень	Пороговый уровень	Базовый уровень	Продвинутый уровень
------------------------	---------------------	-------------------	-----------------	---------------------

Контактная работа: <ul style="list-style-type: none"> • Устный опрос • Решение задач для проверки теоретических знаний и практических навыков • Доклады 	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Задание для самостоятельной работы: <ul style="list-style-type: none"> • Решение кейсов 	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично

5.1 Критерии оценивания докладов:

- «отлично» выставляется студенту, если содержание доклада соответствует заявленной в названии тематике, доклад имеет чёткую композицию и структуру, в тексте отсутствуют логические нарушения в представлении материала, а также представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте доклада;

- «хорошо» выставляется студенту, если содержание доклада соответствует заявленной в названии тематике, доклад имеет чёткую композицию и структуру, но в тексте имеются логические нарушения в представлении материала; имеется список использованной литературы, но отсутствуют ссылки на использованную литературу в тексте доклада;

- «удовлетворительно» выставляется студенту, если содержание доклада соответствует заявленной в названии тематике, но доклад не имеет чёткой композиции и структуры, в тексте имеются логические нарушения в представлении материала; также имеется список использованной литературы, но отсутствуют ссылки на использованную литературу в тексте доклада;

- «неудовлетворительно» выставляется студенту, если содержание доклада соответствует заявленной в названии тематике, но доклад не имеет чёткой композиции и структуры, в тексте имеются логические нарушения в представлении материала, отсутствует список использованной литературы (соответственно и ссылки в тексте).

5.2 Критерии оценивания анализа проблемных ситуаций (решение кейсов)

- «отлично» выставляется студенту, если демонстрируется умение представить аргументированное рассуждение по проблеме, студент может определить причины возникновения ситуации и проблемы, а также предложить эффективное решение, используя профессиональные знания;

- «хорошо» выставляется студенту, если он демонстрирует умение представить аргументированное рассуждение по проблеме, но определяет причины возникновения ситуации и проблемы с небольшими трудностями, предлагает эффективное решение проблемы;

- «удовлетворительно» выставляется студенту, если он не демонстрирует умение представить аргументированное рассуждение по проблеме (ответ не логичен, тезисы не связаны между собой), определяет причины возникновения ситуации и проблемы с небольшими трудностями, предлагает эффективное решение проблемы;

- «неудовлетворительно» выставляется студенту, если не демонстрируется умение представить аргументированное рассуждение по проблеме (ответ не логичен, тезисы не связаны между собой), студент не может определить причины возникновения ситуации и проблемы, а также не предлагает эффективное решение.

6. Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации

6.1 Порядок проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в форме экзамена в 7 и в 8 семестре

Экзамен в седьмом семестре проводится в устной форме по билетам. Билет содержит тест, теоретический вопрос и одну задачу. Продолжительность экзамена 1,5 часа.

Перечень теоретических вопросов к экзамену в 7 семестре

38. Философские и медицинские предпосылки развития психосоматики.
39. Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
40. Современные представления о предмете изучения психосоматики.
41. Группы психосоматических расстройств.
42. Конверсионные расстройства.
43. Соматоформные расстройства.
44. Патогенез психосоматических расстройств.
45. Роль раннего онтогенеза в развитии психосоматических расстройств.
46. Конверсионная модель Фрейда.
47. Концепция «личностных профилей».
48. Эго-психология Кохута.
49. Концепция Шура.
50. Концепция Митчерлиха.
51. Психосоматический симптом как результат ролевого конфликта.
52. Концепция Аммона.
53. Концепции Пригожина и Ананьева.
54. Структурный аттрактор болезни.
55. Психосоматический симптом как результат алекситимии.
56. Мультиmodalная диагностика.
57. Мультиmodalный подход Оудсхорна.
58. Диагностическая беседа.
59. Типы вопросов при интервьюировании пациентов.
60. Внутренняя картина болезни.
61. Типы отношений к болезни.
62. Нозогении при психосоматических заболеваниях.
63. Психотерапия при психосоматических заболеваниях.
64. Выбор тактики психотерапии при психосоматических заболеваниях.
65. Глубинно-психологические методы психотерапии при психосоматических заболеваниях.
66. Методы психотерапии, ориентированные на симптом.
67. Картина личности и психотерапия при болезнях органов дыхания.
68. Картина личности и психотерапия при сердечно – сосудистых заболеваниях.
69. Картина личности и психотерапия при гинекологических заболеваниях.
70. Картина личности и психотерапия при головных болях, мигрени.
71. Картина личности и психотерапия при онкологических заболеваниях.
72. Психосоматика пищевого поведения.
73. Картина личности и психотерапия при кожных заболеваниях.
74. Психосоматические аспекты депрессии.
75. Инфекционные болезни

Перечень теоретических вопросов к экзамену в 8 семестре

1. Распространённость и эпидемиология психосоматических расстройств у детей.
2. Стресс и эмоциональный стресс в этиологии психосоматических расстройств.
3. Социальное окружение и его значения для развития психосоматической патологии.
4. Систематика неблагоприятных психосоциальных факторов.
5. Глобальные и общественные неблагоприятные факторы.
6. Семейные неблагоприятные факторы для возникновения психосоматической патологии в детстве.
7. Роль психологических защит в этиологии и патогенезе психосоматических расстройств.
8. Соматические изменения в процессе стресса.
9. Патогенность стресса.
10. Выявление детей, подверженных риску психосоматических расстройств..
11. Диагностика и систематика психосоматических расстройств.
12. Особенности диагностики психосоматических расстройств у детей.
13. Психосоматические симптомы у детей.
14. Психосоматические синдромы у детей.
15. Психосоматические соотношения в младенчестве.
16. Роль матери в развитии ребёнка и его приспособления к окружающей среде.
17. Клинические проявления психосоматических расстройств у младенцев.
18. Клинические проявления психосоматических расстройств у детей раннего возраста.
19. Обследование детей раннего возраста.
20. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы у детей.
21. Вегето-сосудистая дистония.
22. Лечение детей с вегетативной дистонией.
23. Психосоматические соотношения при аллергических заболеваниях.
24. Этиология и патогенез бронхиальной астмы.
25. Распространённость психосоматических расстройств желудочно-кишечного тракта.
26. Клиническая картина болезней желудочно-кишечного тракта.
27. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
28. Психосоматические расстройства эндокринной системы у детей.
29. Психогенные факторы при гипертиреозе.
30. Психогенные факторы при сахарном диабете.
31. Психогенные факторы при ожирении.
32. Психосоматические и соматопсихические расстройства при нарушении репродуктивной функции у девушек.
33. Терапевтическое вмешательство и реабилитация при психосоматических расстройствах в детском возрасте.
34. Принципы психосоматической терапии.
35. Клинические концепции психосоматической терапии.

Тест к экзамену в 7 семестре

1. *В классической психосоматике выделяют три группы расстройств, кроме:*
 - 1) конверсионных расстройств;
 - 2) «органых неврозов»;
 - 3) психосоматических заболеваний в узком смысле слова;
 - 4) вегетозов.
2. *Представителем антропологического направления в психосоматике является:*
 - 1) Поллок;
 - 2) Стоквис;
 - 3) Витковер;
 - 4) Вайзеккер.

3. Термин «психосоматика» в медицину ввел:

- 1) Гиппократ;
- 2) Райх;
- 3) Хайнрот;
- 4) Гроддек.

4. Создателем кортико-висцеральной патологии, как одного из направлений психосоматики, является:

- 1) Павлов;
- 2) Анохин;
- 3) Быков;
- 4) Симонов.

5. Современная биопсихосоциальная модель болезни разработана:

- 1) Карасу;
- 2) Эксюлем;
- 3) Энгелем;
- 4) Любаном-Плоцца.

6. Автором концепции «профиля личности» в психосоматической медицине является:

- 1) Александер;
- 2) Витковер;
- 3) Данбар;
- 4) Поллак;

7. Поведенческий тип А «является фактором риска»:

- 1) желудочно-кишечных заболеваний;
- 2) злокачественных новообразований;
- 3) нарушений дыхательной системы;
- 4) сердечно-сосудистых заболеваний.

8. Конверсионные расстройства, положившие начало психоаналитическому направлению в

психосоматике, были описаны:

- 1) Александером;
- 2) Джеллиффе;
- 3) Фрейдом;
- 4) Адлером.

9. Термин «алекситимия» ввел:

- 1) Эллис;
- 2) Карасу;
- 3) Сифнеос;
- 4) Розенман.

10. Концепцию «органных невротозов» разработал:

- 1) Витковер;

73

- 2) Энгель;
- 3) Френч;
- 4) Дойч.

11. Психосоматические заболевания формируются, как правило, вследствие:

- а) острых психических травм
- б) хронических психических травм
- в) неожиданных психических травм
- г) внутриличностного конфликта
- д) межличностного конфликта

12. К классическим психосоматическим заболеваниям, входящим в т.н. «святую семерку»

причисляют все нижеследующие за исключением:

- а) инфаркта миокарда
- б) сахарного диабета
- в) ревматоидного артрита
- г) язвенного колита
- д) бронхиальной астмы

13. Основным, внутриличностным конфликтом при гипертонической болезни является конфликт:

- а) между потребностями властвовать и подчиняться
- б) между агрессивными импульсами и чувством зависимости
- в) между потребностями в опеке и самостоятельности
- г) между потребностями владеть и отдавать
- д) между любовью и враждебностью по отношению к родителям

14. Коронарный тип личности А предрасполагает к:

- а) эссенциальной гипертонии
- б) язвенной болезни
- в) сахарному диабету
- г) инсульту
- д) инфаркту миокарда

15. Тип личности В не предрасполагает к:

- а) эссенциальной гипертонии
- б) язвенной болезни
- в) сахарному диабету
- г) инсульту
- д) инфаркту миокарда

16. Такие качества, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели,

стремление к конкурентной борьбе входят в структуру:

- а) типа личности А
- б) типа личности В
- в) типа личности С
- г) типа личности D
- д) всех перечисленных типов личности

17. Агривнический синдром — это

- а) невротическое расстройство, провоцирующееся инфекционными заболеваниями
- б) невротическое расстройство в виде патологической сонливости
- в) невротическое расстройство в виде бессонницы
- г) невротическое заикание
- д) невротические тики

18. Бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры, склонность к тахикардии, тахипноэ, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца встречается при:

- а) гипервентиляционном синдроме
- б) симпатикотонической форме вегетососудистой дистонии
- в) вагоинсулярной форме вегетососудистой дистонии
- г) аэрофагии
- д) диареи

Кейсы для практического задания на экзамене в 7 семестре

Кейс 1. Женщина 45 лет обратилась к психиатру после безуспешного лечения у терапевта по поводу непрекращающихся приступов рвоты. Рвота и раньше появлялась у нее в ответственные периоды жизни, последнее же обострение было связано с радостным событием – получением новой квартиры. Характерно, что пациентка давно страдает от язвы желудка, однако рвота возникала вне обострения основного заболевания. Несмотря на то, что предложенное психиатром лечение привело к значительному улучшению самочувствия и прекращению рвоты, больная крайне негативно относится к своему пребыванию в стационаре и не желает даже гипотетически обсуждать возможные психологические факторы, повлиявшие на возникновение ее проблемы.

Кейс 2 . Женщина 38 лет была вынуждена пройти многочисленные обследования, а затем и обратиться к психиатру по поводу упорного кожного зуда, нарушений в работе кишечника, приступов учащенного сердцебиения. Проведенные обследования соматической патологии не выявили.

Кейс 3. Женщина 22 лет во время каждой сессии страдает от сильных спазмов в нижней области живота и отсутствия аппетита. Эти симптомы исчезают сразу же после того, как она, придя на экзамен, вытягивает билет.

Кейс 4. Женщина 32 лет направлена к психотерапевту «из Центра охраны материнства с диагнозом «хроническое невынашивание», что означает прерывание беременности по витальным показаниям (аборт), чем на протяжении 14 лет заканчивались все ее семь беременностей. Острый токсикоз начинается сразу после того, как М. узнает о беременности. Предпринимаемые неоднократно разными врачами попытки справиться с токсикозом были безуспешны»

Кейс 5. Женщина 30 лет страдает от астмы уже 12 лет. После длительного клинического наблюдения был сделан вывод, что ее склонность дышать быстро, делая неглубокие вдохи, усиливает выраженность астматических приступов

Кейсы для практического задания на экзамене в 8 семестре

Кейс 1. Мальчик родившийся в семье, где были постоянные скандалы из-за ревнивого психопатического характера отца, в 1,5 года во время избиения матери отцом громко плакал и кричал от страха и сразу же после этого потерял уже приобретенные навыки речи, не мог говорить, только мычал, жестахми выражая свои желания.

Кейс 2. Мальчик 9 лет, развод родителей вслед за которым у него развилось пониженное настроение, приступы плаксивости, появились головные боли, тошнота и жалобы на плохое самочувствие.

Кейс 3. Девочка 3года, растет в семье, где мать недостаточно отзывчива, холодна по отношению к ней, мало ею занимается, стремится устроить свою семейную жизнь, так как отец ребенка ушел из семьи. На фоне общей суетливости и возбудимости девочка стала постоянно и с видимым удовольствием сосать большой палец, а затем у нее появилась привычка, особенно при отрицательных эмоциях, выдергивать волосы у себя на голове

Кейс 4. Девочка 12 лет, умерла бабушка, тяжесть потери бабушки усугублялась опасениями за ее здоровье в продолжение длительной болезни, когда приходилось не только ухаживать за ней, но и делать ей уколы. Она после смерти бабушки не могла заснуть, пугалась портретов, висевших на стенах, часто плакала, снизилось настроение, появились мысли о самоубийстве

Кейс 5. Девочка 4 года со склонностью к выраженным вегетативным реакциям (обмороки) после попытки приобщить ее к коллективу детсада возникли неукротимые рвоты, запоры, эпизодические отказы от еды. Девочка не хотела ни с кем общаться, все время ждала, когда к ней придет мать

Кейс 6. Мальчик 11 лет, ученик 4-го класса специальной школы-интерната. Жалобы на боли в груди слева. Родители матери страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями и от них умерли. Мать эмоционально возбудима, злоупотребляет алкоголем. Отец был алкоголиком, перенес инфаркт миокарда в молодом возрасте. Мальчик родился от беременности, осложненной токсокозом и пневмонией. Отставал в психомоторном развитии. В интернате с трудом осваивал учебную программу. Отношения со сверстниками не ладилась, над больным смеялись, издевались. Попытки противостоять обидчикам безуспешны. По характеру мальчик мягкий, уступчивый, обидчивый. В процессе занятий легко утомлялся, чувствовал разбитость. По утрам жаловался на головные боли, головокружения. Сон был нарушен, отмечались кошмарные сновидения. Боится «мертвецов, духов». Свой дом не любит, предпочитает жить у бабушки. Совместно с другими детьми играть не умеет. Нюхал бензин, клей, летучие вещества. Появление болей в сердце связано с переживанием наказания в интернате, когда не был отпущен домой. Первый приступ болей продолжался несколько часов. Через несколько дней такой же приступ повторился. Затем они наблюдались неоднократно. При обследовании обнаружен функциональный шум в сердце. Других изменений в нем не отмечено.

Кейс 7. Девочка 9 лет. Жалобы на легкие приступы удушья, повторяющиеся каждую ночь и редкие (более тяжелые) дневные. Мать — спокойная, сдержанная. Отец — страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, раздражителен, настойчив. У бабушки со стороны матери — лейкоз. Девочка от первой беременности. Роды преждевременные (на 8-м месяце). На грудном вскармливании была до трех месяцев. Первые месяцы была беспокойной. Развивалась без отклонений от нормы. В 2,5 года стала часто болеть острыми респираторными заболеваниями, астматическим бронхитом. В 3 года поставлен диагноз бронхиальной астмы. Выявлена чувствительность больной (обнаружены аллергены) к микробам (стрептококкам, стафилококкам), домашней пыли, шерсти кошек. В это время у девочки было инфекционное заболевание мочевыводящих путей. Проведена гипосенсибилизация (снижение чувствительности) к домашней пыли. Санаторное, медикаментозное лечение и иглорефлексотерапия приводили лишь к временному улучшению. Переезд в сельскую местность также не дал эффекта. Девочка воспитывалась дома до 2,5 лет. Попытка отдать ее в ясли раньше окончилась неудачно. Каждый раз, когда девочку отводили в детское учреждение, она заболела вирусными инфекционными болезнями. В дошкольном возрасте была общительной, нерешительной, раздражительной. В школе успевала удовлетворительно. Однако во втором классе изменилась: стала вспыльчивой, недоверчивой, менее общительной, упрямой, сосредоточенной на своих интересах, стремящейся показать себя с лучшей стороны. Психологические исследования обнаружили замкнутость, обидчивость, отсутствие интуиции в межличностном общении, демонстративность в поведении (стремление

казаться лучше, чем есть), эмоциональную незрелость (неразвитость нравственных чувств), завышенную оценку своей личности, отсутствие серьезных привязанностей к родителям и младшей трехлетней сестре. Девочка мечтает иметь собаку и не болеть. Выявлены трудности во взаимоотношениях с родителями. Девочка радовалась своему поступлению в больницу, так как считала, что там она поправится.

6.2 Типовые экзаменационные билеты

Билет №1

1. Соматические изменения в процессе стресса
2. Тест
3. Задача

На примере кейса проанализировать состояние пациента и классифицировать расстройство по МКБ-10

Билет 2.

1. Роль психологических защит в этиологии и патогенезе психосоматических расстройств
2. Задача

Проанализируйте материал кейса и разработайте комплекс психодиагностических мероприятий для постановки диагноза

Билет 3.

1. Психосоматические и соматопсихические расстройства при нарушении репродуктивной функции у девушек
2. Задача

На примере кейса проанализировать какие факторы риска возникновения психосоматических расстройств у детей вы наблюдаете

Билет 4.

1. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы у детей
2. Задача

На примере кейса обоснуйте и составьте программу психокоррекционных мероприятий с ребёнком, с учётом его возрастных особенностей.

6.3 Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации

Вид промежуточной аттестации	Допороговый уровень	Пороговый уровень	Базовый уровень	Продвинутый уровень
Экзаменационные билеты	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично

6.4 Критерии оценки экзамена

Оценка	Показатели
Отлично	Все 3 задания выполнены полностью правильно, обучающийся демонстрирует свободное владение терминологией, учебным материалом, уверенно применяет полученные знания и умения в ходе выполнения всех 3 заданий.

Хорошо	В выполнении какого-либо из 3-х заданий, обучающийся испытывает небольшие затруднения, присутствуют неточности.
Удовлетворительно	В выполнении заданий присутствуют ошибки (в употреблении терминологии, методов диагностики, реабилитации), обучающийся испытывает значительные затруднения в ориентации в учебном материале.
Неудовлетворительно	В выполнении задания присутствуют грубые ошибки, что не позволяет оценить задание как выполненное, или задание не выполнено.

Результаты текущего контроля обязательно учитываются на этапе промежуточной аттестации. Но оценку влияют несколько параметров учебной деятельности в течение учебного семестра: посещаемость, активность учащегося на протяжении всего семестра, глубина и проработанность презентации результатов самостоятельной работы, качество ответов при участии в групповых дискуссиях

	Посещаемость	Формы активности	Презентация самостоятельной работы	Качество ответов
отлично	$\geq 80\%$	Представление и защита результатов работы группы в публичной дискуссии	Материал хорошо систематизирован и структурирован автор демонстрирует способность к глубокому анализу содержания и прогнозу результатов	Осмысленное и точное выполнение учебных заданий сочетается с ясным пониманием обучающимся недостаточности имеющегося знания для решения усложнённых учебно-практических задач. Обучающийся чувствителен к ситуативным нюансам решаемой проблемной задачи, самостоятельно проблематизирует процесс достижения результата, ориентирован в альтернативных возможностях решения задачи, транслирует и конструктивно обсуждает положительный и отрицательный опыт решения аналогичных задач
хорошо	$\geq 50\%$	Организация или фасилитация работы группы	Материал частично систематизирован, частично носит компилятивный характер	Действия осмысленны, знания излагаются развёрнуто, в соответствии с контекстом решаемой учебно-практической задачи, навыки отработаны, Обучающийся самостоятельно обнаруживает и корректирует свои ошибочные действия, адекватно оценивает качество достигнутого по ходу выполнения учебного задания результата, однако не устанавливает границу, за пределами которой имеющиеся знания и навыки становятся недостаточными,
удовлетворительно	$\geq 30\%$	Индивидуальная работа на занятии	Представленный материал носит компилятивный характер, отсутствуют признаки систематизации и анализа материала	Действия и демонстрируемые знания обучающегося осмысленны, согласованы с контекстом учебной или практической задачи. Совершаемые ошибки обнаруживаются обучающимся на основании подсказок
неудовлетворительно	$\leq 30\%$	Молчаливое присутствие	Отсутствие презентации	Обучающийся с грубыми ошибками воспроизводит отдельные фрагментарные паттерны знаний, умений, навыков

В процессе мониторинга и контроля образовательной активности обучающихся применяется бальная система оценки. Оценочный балл может варьировать от 1 до 5 баллов включительно. При этом минимально положительный уровень эффективности образовательного процесса соответствует 3 баллам рейтинговой шкалы.

Опорный критерий в оценке работы обучающегося составляет качество образовательной активности, им реализуемой:

– рефлексивно-продуктивный (предполагает освоение на уровне понимания и способности самостоятельно устанавливать логически аргументированные взаимосвязи в контексте раскрытия темы);

– рефлексивно-репродуктивный (предполагает освоение темы на уровне понимания и воспроизведения базовых положений, сопряжённых с раскрываемой темой);

– репродуктивный (поверхностное освоение темы, без понимания и видения ключевых, системо-образующих положений излагаемого материала, воспроизведение случайных, несвязанных с фокусом вопроса положений учебного текста).

ФОС составил(и):

Тренькаева Н.А. канд.психол.наук, доцент кафедры генетической и клинической психологии ФП ТГУ

ФОС одобрен на заседании УМС ФП

Протокол от 20.06.2023 № 7.