

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Смоленский государственный университет»

Кафедра общей психологии

*«Утверждаю»*

Проректор по учебно-  
методической работе

\_\_\_\_\_ Устименко Ю.А.  
«03» сентября 2020 г.

**Рабочая программа дисциплины  
Б1.О.16.08 Клиника интеллектуальных нарушений**

Направление подготовки: **44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование**

Направленность (профиль): **Логопедия**

Форма обучения – очная

Курс – 2

Семестр – 4

Всего зачетных единиц – 3, часов – 108

Форма отчетности: зачет – 4 семестр

Программу разработал:

кандидат психологических наук, доцент Терещенко В.В.

Одобрена на заседании кафедры общей психологии

26.08.2020 г., протокол № 1

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_ Селиванов В.В.

Смоленск  
2020

## 1. Место дисциплины в структуре ОП

Дисциплина **Б1.О.16.08 КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ** относится к обязательной части ОП по направлению подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование», направленность (профиль): «Логопедия».

Программа курса ориентирована на теоретическую и практическую подготовку к одному из видов профессиональной деятельности учителя-логопеда на выявление (диагностику различных клинических вариантов нарушения познавательного интеллектуального развития в разных возрастах и определение степени их выраженности, а также разработку рекомендаций по психолого-педагогическому сопровождению лиц, имеющих отклонения в интеллектуальном развитии).

В процессе обучения дисциплина базируется на знаниях, умениях и навыках, приобретаемых студентами при изучении предшествующих сопутствующих дисциплин, среди них «Общая психология», «психология развития», «Возрастная анатомия, физиология и гигиена с основами патологии органов слуха, зрения, речи».

## 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Компетенция	Индикаторы достижения
<b>ОПК-8</b> Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- историю, теорию, закономерности и принципы построения и функционирования образовательного процесса, роль и место образования в жизни человека и в развитии обучающихся с нарушением речи;</li><li>- медико-биологические, клинические и филологические основы профессиональной деятельности педагога-дефектолога;</li><li>- содержание общего образования обучающихся с нарушением речи;</li><li>- теорию и практику, принципы, методы и технологии организации коррекционно-развивающего процесса.</li></ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- использовать междисциплинарные знания для разработки и планирования образовательного и коррекционно-развивающего процессов с обучающимися с нарушением речи разных возрастных групп и разной степенью выраженностью нарушения;</li><li>- использовать междисциплинарные знания для организации, анализа и оценки результатов образовательного и коррекционно-развивающего процесса с обучающимися с нарушением речи;</li><li>- использовать междисциплинарные знания для адекватной оценки особенностей и динамики развития обучающихся с нарушением речи.</li></ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- умением применять медико-биологические,</li></ul>

	<p>клинические и филологические, естественнонаучные знания для разработки и реализации образовательного и коррекционно-развивающего процесса с обучающимися с нарушением речи;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами применения междисциплинарного знания в процессе разработки и проведения мониторинга учебных достижений обучающихся с нарушением речи;</li> <li>- навыками отбора и применения методов и технологий организации образовательного и коррекционно-развивающего процесса в соответствии с поставленными задачами;</li> <li>- навыками применения междисциплинарных знаний в процессе формирования различных видов деятельности обучающихся с нарушением речи.</li> </ul>
<p><b>ПК-4</b> Способен проводить логопедическое обследование обучающихся с целью выявления нарушений речи и других когнитивных функций, разработки и реализации программы логопедической работы.</p>	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- содержание и требования к проведению логопедического обследования обучающихся;</li> <li>- способы разработки программы обследования;</li> <li>- инструментарий, методы диагностики и оценки показателей уровня и динамики развития ребенка.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разрабатывать программу логопедического обследования, определять показатели развития ребенка, отбирать и/или разрабатывать инструментарий;</li> <li>- проводить логопедического обследование обучающихся;</li> <li>- интерпретировать результаты обследования и делать выводы об особенностях развития обучающегося и использовать их для разработки программы логопедической работы;</li> <li>- оформлять психолого-педагогическую характеристику обучающегося;</li> <li>- формулировать заключения и рекомендации.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами применения методов диагностики и оценки уровня и динамики развития ребенка с нарушением речи с использованием системы показателей;</li> <li>- навыками использования результатов обследования для создания программы коррекционной работы.</li> </ul>

### 3. Содержание дисциплины

Клиника интеллектуальных нарушений. Психопатология и дефектология, их связь и различия. Определение предмета. Связь данного курса с другими медицинскими и психолого-педагогическими дисциплинами. История развития учения об олигофрении. Основные этапы. Зарождение учения о слабоумии. Становление детской психиатрии на западе. Значение работ Ф.Пинеля, Ж.Эскироля, И.Вуазена, Э.Сеген, Д.Бурневиля, Э.Крепелина. Классификации Э.Крепелина, Г.И.Сухаревой, М.С.Певзнер, В.В.Ковалева. Современная классификация олигофрении (МКБ-10). Определения олигофрении. Современные теории и концепции в патогенезе нарушения интеллектуального развития. Клинико-педагогическая характеристика детей - олигофренов. Особенности соматического состояния. Отклонения в неврологическом статусе. Особенности психического развития у детей с ОВЗ. Клинико-педагогическая характеристика дебильности, имбецильности, идиотии. Этиология, патогенез, клинические проявления: микроцефалии, Болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера синдром дубль «Y», трисомия X. Дизостозические и ксеродермические формы олигофрении (синдром Морфана, синдром слабоумие при ихтиозе). Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных. Олигофрении инфекционного происхождения. Рубеолярная форма олигофрении. Олигофрении при врожденном сифилисе. Паразитарные формы олигофрении. Синдром слабоумия при водянке головного мозга, олигофрении травматического происхождения. Алкогольный синдром плода, влияние алкоголизма родителей на потомство. Олигофрения на почве поражений эндокринной системы. Медицинская работа во вспомогательных школах и детских домах для умственной отсталости. Медико-психолого-педагогические консультирования детей с отклонениями в развитии. Роль реабилитации и реабилитации в развитии детей с органическим поражением ЦНС.

### 4. Тематический план

№ п/п	Темы	Всего часов	Формы занятий			
			лекции	лаб. занятия	практические занятия	самостоятельная работа
1	История развития предмета, основные цели и задачи.	11	2	-	2	7
2	Основные представления о причинах развития интеллектуальной недостаточности	13	2	-	4	7
3	Общие представления о нейрофизиологических основах умственной отсталости.	11	2	-	2	7
4	Классификация олигофрении и их клинико-педагогическая характеристика.	17	2	-	6	9
5	Клинические формы олигофрении.	13	2	-	4	7
6	Приобретенное	13	2	-	4	7

	слабоумие (деменции).					
7	Дети с задержкой психического развития.	17	2	-	6	9
8	Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития.	13	2	-	4	7
	Итого	108	16	-	32	60

## 5. Виды образовательной деятельности

### Занятия лекционного типа

#### **Тема 1. История, предмет и задачи предмета «Клиника интеллектуальных нарушений».**

Психопатология и дефектология, их связь и различия. Определение предмета. Связь данного курса с другими медицинскими и психолого-педагогическими дисциплинами. История развития учения об олигофрении. Основные этапы. Зарождение учения о слабоумии. Становление детской психиатрии на западе. Значение работ Ф.Пинеля, Ж.Эскироля, И.Вуазена, Э.Сеген, Д.Бурневиля, Э.Крепелина. Учение о слабоумии в Дореволюционной России (И.Л.Мержиевский, П.П.Малиновский, В.Л.Кащенко, С.С.Корсаков). Учение об олигофрении в Советский период (М.С.Певзнер, Е.П.Осипова). Г.И. Россолимо – основоположник отечественной дефектологии. Современные концепции развития учения об интеллектуальном нарушении В.В.Ковалев, Г.Е.Сухарева. Значение исследований российских авторов в дефектологии.

#### **Тема 2. Основные представления о причинах интеллектуальной недостаточности.**

Этиология олигофрении. Причины и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности. Влияния неблагоприятной наследственности. Генетические и хромосомные заболевания. Дизонтогенез или вредности утробного периода. Влияние различных факторов на развивающийся плод (инфекции, интоксикации, травмы, психотравмы). Перинатальные вредности раннего возраста. Факторы социокультурной депривации. Значение интранатальной патологии в развитии олигофрении.

#### **Тема 3. Общие представления о нейрофизиологических основах умственной отсталости.**

Анатомо-физиологические нарушения головного мозга при различных степенях олигофрении. Особенности морфологии мозга. Особенности физиологической деятельности мозга при различных степенях олигофрении. Изменение внутренних органов при заболеваниях, сопровождающихся поражением головного мозга. Значение эмбриопатии в развитии аномалий внутренних органов. Тератология, как наука об уродствах. Стигмы и значение их в патологии ЦНС. Причины развития.

#### **Тема 4. Классификация олигофрении и их клинико-педагогическая характеристика.**

Первые попытки классификации слабоумия учеными Франции, Германии (XVII – XIX в.). Ф.Пинель и его основные работы по классификации психических заболеваний. Значение работ Ф.Пинеля по лечению больных с психической патологией. Классификации Э.Крепелина, Г.И.Сухаревой, М.С.Певзнер, В.В.Ковалева. Современная классификация олигофрении (МКБ-

10). Определения олигофрении. Современные теории и концепции в патогенезе нарушения интеллектуального развития. Клинико-педагогическая характеристика детей - олигофренов. Особенности соматического состояния. Отклонения в неврологическом статусе. Особенности психического развития у детей с О.В.З. . Клинико-педагогическая характеристика дебильности, имбецильности, идиотии.

#### **Тема 5. Клинические формы олигофрении.**

Этиология, патогенез, клинические проявления: микроцефалии, Болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера синдром дубль «Y», трисомия X.

Дизостозические и ксеродермические формы олигофрении (синдром Морфана, синдром слабоумия при ихтиозе). Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных. Олигофрении инфекционного происхождения. Рубеолярная форма олигофрении. Олигофрения при врожденном сифилисе. Паразитарные формы олигофрении. Синдром слабоумия при водянке головного мозга, олигофрении травматического происхождения. Алкогольный синдром плода, влияние алкоголизма родителей на потомство. Олигофрения на почве поражений эндокринной системы.

#### **Тема 6. Приобретенное слабоумие (деменции).**

Основная характеристика деменции. Классификации дементных нарушений. Органическая деменция в результате перенесенного сифилиса. Шизофреническая, эпилептическая деменция. Старческая, синильная деменция. Особенности распада психических процессов у детей дошкольного, младшего и старшего школьного возраста по классификации Г. Е Сухаревой. Распад психических процессов в зрелом возрасте. Особенности течения синильной деменции. Амавротическое слабоумие: формы. Болезнь Тея-Сакса, познедетская форма, юношеская форма. Синдром слабоумия при гаргоилизме (болезнь Пфандлера-Хурлера). Синдром слабоумия при тубероизном склерозе (болезнь Бурневилля).

#### **Тема 7. Дети с задержкой психического развития (ЗПР).**

Неуспеваемость и умственная отсталость. Определение задержки психического развития, связь задержки психического развития с минимальной мозговой дисфункцией. Трактовка задержки психического развития зарубежными авторами. Классификация задержки психического развития, дисгармоническое развитие, психофизический инфантилизм. Астеническое состояние, церебральная форма задержки психического развития. Соматические заболевания, которые вызывают задержку психического развития у детей. Задержка психического развития обусловлена педагогической запущенностью. Дифференциальная диагностика между олигофренией и пограничной умственной отсталостью.

#### **Тема 8. Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития.**

Медицинская работа во вспомогательных школах и детских домах для умственной отсталости. Медико-психолого-педагогические консультирования детей с отклонениями в развитии. Роль реабилитации и реабилитации в развитии детей с органическим поражением ЦНС.

### **Занятия семинарского типа (практические занятия)**

Практические занятия направлены на формирование умений, связанных с аналитической и проектировочно-конструкторской деятельностью педагога.

Целью практических занятий в целом является:

-проверка уровня понимания студентами вопросов, рассмотренных на лекциях и в учебной литературе, степени и качества усвоения материала студентами;

- применение теоретических знаний в реальной практике решения задач и кадровых ситуаций;
- восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказания помощи в его освоении.

**Методы практических занятий:**

- аналитическая работа с источниками
- оперирование категориально-понятийным аппаратом
- решение практических задач, проектирование и моделирование,
- групповая дискуссия.

**Занятие №1,2 (4 часа).**

**Тема:** Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях

**Вопросы для обсуждения:**

1. Понятия интеллекта и интеллектуальной деятельности в рамках различных психологических теорий.
2. Интеллект как интегральная деятельность высших мозговых функций.
3. Методы диагностики и факторы риска возникновения интеллектуальных нарушений.

**Вопросы для самоконтроля к практическому занятию**

1. Дайте определение предмета «Клиника интеллектуальных нарушений»?
2. Кто впервые начал изучать слабоумие у детей?
3. Кто впервые предложил классификацию слабоумия?
4. Какие основные работы ученых-психиатров И.Л.Мержиевского, С.С.Корсакова вы знаете?
5. Роль Г.И. Россолимо в исследовании детей олигофренов?
6. Какое значение имеют исследования Г.Е.Сухаревой, М.С.Певзнер в изучении о слабоумии?
7. Назовите первые исследования по задержке психического развития?

1.Провести краткий исторический экскурс с оформлением творческого эссе по книге Замского Ханания Самсоновича «Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века .— М. : НПО "Образование", 1995 .— 399 с. — Прил.: 36 лет среди больных детей: (Дневник Е.К.Грачевой) .— 19700.00. — — 1. Дети умственно отсталые — Воспитание и обучение. 2. Олигофренопедагогика. 3. Слабоумие.

ББК Б.74.35

Местонахождение и доступность

Отдел (коллекция)	Всего экз.	Свободных экз.	Шифр(ы) хранения	Полочный индекс
СмоЛГУ				
КХ	1	1	651415	Б.74.3 3265

**Литература для подготовки к занятию**

- Основная 1-4
- Дополнительная 1-7

**Занятие 3,4 (4 часа) по теме: Основные представления об интеллектуальной**

**недостаточности.**

**Темы для обсуждения и докладов**

1. Причины развития умственной отсталости.
2. Значение эндогенных причин в развитии умственной отсталости.
3. Влияние неблагоприятной наследственности на развитие слабоумия.
4. Генетические и хромосомные заболевания сопровождающие умственную отсталость.
5. Дизонтогенез, значение вредностей утробного периода на развитие умственной отсталости.
6. Влияние различных факторов на развивающийся плод.
7. Эмбрио и фетопатии и значения их в развитии нарушений интеллектуального развития.
8. Влияние на плод алкоголя.
9. Перинатальные вредности раннего возраста.

**Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям**

1. Какое значение в генезе олигофрений имеет неблагоприятная наследственность?
2. Каковы причины хромосомных и генных мутаций?
3. Расскажите о хромосомных заболеваниях сопровождающихся олигофренией?
4. Какие генные наследственные заболевания сопровождаются умственной отсталостью?
5. Какие инфекции во время беременности женщин приводят к рождению ребенка с патологией ЦНС?
6. Какое значение в развитии олигофрении имеют эмбриопатии?
7. Какие вредные факторы утробного периода приводят к олигофрении?
8. Что Вы знаете о плодном алкоголизме?
9. Каковы сроки перинатального периода?
10. Какое значение в генезе умственная отсталость имеет в травматизм во время родов?

**Занятие 5,6 (4 часа) по теме: Общие представления о нейрофизиологических основах умственной отсталости.**

**Темы для обсуждения и докладов**

1. Особенности морфологического строения головного мозга в норме и при эмбриопаниях.
2. Анатомо-физиологические нарушения головного мозга при различных степенях олигофрений.
3. Нейрофизиологические нарушения ЦНС при идиотии.
4. Нейрофизиологические нарушения ЦНС при имбецильности.
5. Нейрофизиологические нарушения ЦНС при дебильности.
6. Значение нарушения нейродинамических процессов при ЗПР.
7. Стигмы и аномалии внутренних органов при олигофрении.
8. Анатомо – соматическая патология у детей с умственной отсталостью.

**Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям**

1. Какие нейрофизиологические нарушения в ЦНС Вам известны при дебильности?
2. Какие нейрофизиологические нарушения в ЦНС Вам известны при имбецильности?
3. Какие нейрофизиологические нарушения в ЦНС Вам известны при идиотии?
4. Какие нарушения происходят в морфологии нервных клеток при различных степенях олигофрении?
5. Какое значение имеют нейродинамические процессы в развитии ЗПР?
6. Расскажите о нейрофизиологии в механизмах распада психических процессов?



**Занятие 7, 8 (4 часа) по теме: Классификация олигофрений и их клинико - педагогические характеристики.**

**Темы для обсуждения и докладов**

1. Классификация слабоумия предложенная Ф.Пинелем.
2. Классификация предложенная Э.Крепелиным.
3. Значение классификации Г.И. Сухаревой.
4. Классификация олигофрении М.С. Певзнер.
5. Классификация олигофрении МКБ - 9,10.
6. Критерии олигофрении предложенные В.В. Ковалевым, их значение дифференциальной диагностике олигофрении и ЗПР органического происхождения.
7. Клинико – педагогическая характеристика глубокой умственной отсталости.
8. Клинико – педагогическая характеристика тяжелой умственной отсталости.
9. Клинико – педагогическая характеристика умеренной умственной отсталости.
10. Клинико – педагогическая характеристика легкой умственной отсталости.
11. Значение исследований соматической патологии при дифференциальной диагностике ЗПР и олигофрений.
12. Значение исследований неврологической патологии в дифференциальной диагностике.

**Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям**

1. В чем заслуга Ф.Пенеля в дефектологии?
2. Каково значение работ французских и немецких психиатров в развитии детской психиатрии?
3. Расскажите о классификации Г.И.Сухаревой.
4. Назовите классификацию олигофрении М.С. Певзнер.
5. Расскажите классификации МКБ – 9,10.
6. Каковы основные критерии олигофрении предложенные В.В. Ковалевым?
7. Какие основные критерии олигофрении?
8. Какие клинико – педагогические характеристики глубокой умственной отсталости Вам известны?
9. Назовите клинико-педагогическую характеристику тяжелой умственной отсталости?
10. Назовите клинико-педагогическую характеристику умеренной умственной отсталости?
11. Назовите клинико-педагогическую характеристику легкой умственной отсталости?

**Заполнение терминологического словаря.**

**Основные понятия:** микроцефалия, макроцефалия, аненцефалия, врождённый токсоплазмоз, врождённый сифилис, энцефалит, асфиксия, ДЦП, болезнь Феллинга, хромосомные нарушения, Синдром Дауна, Синдром Шершерского-Тернера, синдром Клайнфельтера, синдром «кошачьего крика», синдром Патау, Синдром трисомии-X, синдром Эдвардса, синдром Аперта, синдром Крузона, синдром полисемии половых хромосом, синдром Ретта, синдром Орбели, гарголизм, болезнь Тея-Сакса, синдром Вильямса, синдром Корнелии де Ланги, синдром Рубинштейна-Тейби, синдром Дубовитца.

**Занятие 9,10,11 (6 часов) по теме: Клинические формы олигофрении.**

**Темы для обсуждения и докладов**

1. Хромосомные заболевания. Классификация, клинические проявления.
2. Болезнь Дауна, причина, патогенез, клинические проявления. Прогноз заболевания.
3. Хромосомные заболевания связанные с мутацией в структуре половых хромосом.
4. Генные заболевания. Генетические расстройства сопровождающиеся интеллектуальными нарушениями.
5. Дизостотические и ксеродермические формы олигофрении. Этиология, патогенез и клинические проявления.
6. Гемолитическая болезнь новорожденных. Причина, патогенез, клинические проявления, прогноз..
7. Микроцефалия. Причина, патогенез, классификация.
8. Гидроцефалия. Формы, патогенез, клинические проявления.
9. Рубеолярная форма олигофрении. Причина, характер клинических проявлений.
10. Олигофрения травматического происхождения.
11. Олигофрения на почве врожденного сифилиса.
12. Паразитарные формы олигофрении.
13. Плодный алкоголизм. Влияние алкоголизма родителей на потомство.
14. Олигофрении обусловленные эндокринными заболеваниями.

**Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям**

1. Какие формы хромосомных заболеваний Вам известны?
2. Укажите причину синдрома Дауна?
3. Опишите внешние признаки болезни Дауна.
4. Укажите какое значение имеют в патогенезе хромосомных заболеваний мутации?
5. Какие генные заболевания сопровождающиеся интеллектуальным нарушением Вы знаете?
6. Какие нарушения возможны при резус - конфликте?
7. Какие формы микроцефалии Вы знаете?
8. Расскажите что Вы знаете о водянке головного мозга?
9. Какие инфекционные заболевания матери во время беременности приводят к интеллектуальным нарушениям?
10. Какие паразитарные заболевания матери приводят к органическим поражениям головного мозга плода?
11. Расскажите что Вы знаете о гидроцефалии?
12. Расскажите о значении плодного алкоголизма на развитие ребенка?
13. Расскажите о влиянии алкоголизма родителей на плод?
14. Укажите какие заболевания эндокринной системы матери приводят к нарушениям интеллекта у ребенка?

**Заполнить таблицу  
нозологических форм»**

**«Клинические особенности отдельных**

Умственная	Умственная	Умственная	Умственная
------------	------------	------------	------------

отсталость при хромосомных аномалиях.	отсталость при наследственных дефектах обмена.	отсталость неутонченного генеза.	отсталость при наследственных заболеваниях.
---------------------------------------	--	----------------------------------	---

### Занятие 12,13 (4 часа) по теме: Приобретенное слабоумие (деменции)

#### Темы для обсуждения и докладов

1. Общая характеристика деменции.
2. Классификация дементных нарушений.
3. Особенности течения деменций у детей.
4. Особенности распада психических процессов у детей дошкольного, младшего и старшего школьного возраста
5. Распад психических процессов в зрелом возрасте.
6. Нейрофизиологические основы распада психических процессов.
7. Причина деменций у детей.
8. Деменция обусловленная шизофренией и эпилепсией.
9. Амовротическое слабоумие. Классификация, патогенез, течение.
10. Синдром слабоумия при гаргоилизме.
11. Синдром слабоумия при тубероидом склерозе.

#### Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям

1. Дайте определение деменции?
2. Назовите причины деменций у детей?
3. Что лежит в основе патогенеза деменций?
4. Назовите классификацию деменций?
5. Какое значение в развитие дементных нарушений играет генный фактор?
6. Расскажите об особенностях и классификации деменций у детей предложены Г.Е.Сухаревой?
7. Что Вы знаете об амовротическом слабоумии?
8. Что Вы знаете о гаргоилизме?
9. Что Вы знаете о тубероидном склерозе?
10. Что Вы знаете об ихтиозе?

#### Заполнить таблицу «Приобретённое слабоумие-деменция. Клиническая характеристика»

Деменция при ряде органических расстройств.	Деменция вследствие употребления психоактивных веществ.

### Занятие 14,15 (4 часа) по теме: Дети с задержкой психического развития(ЗПР)

#### Темы для обсуждения и докладов

1. Неуспеваемость и пограничная умственная отсталость.
2. Связь ЗПР с минимальной мозговой дисфункцией (ММД)
3. Роль Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер в развитии учений о пограничной умственной отсталости.
4. Трактовка ЗПР зарубежными авторами.
5. Классификация ЗПР (Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер).
6. Дисгармоническое развитие и психофизический инфантилизм.

7. Причина церебральной формы ЗПР.
8. Причина соматической формы ЗПР.
9. ЗПР обусловленная педагогической запущенностью.
10. Дифференциальная диагностика между ЗПР органического происхождения и легкой степенью умственной отсталости.
11. ЗПР и общее недоразвитие речи.
12. ЗПР и нарушение речи.

**Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям**

1. Кто впервые дал характеристику ЗПР?
2. Когда впервые появились данные о пограничной умственной отсталости?
3. Дайте определение ЗПР?
4. Расскажите о классификации ЗПР?
5. Укажите, на чем основана классификация ЗПР?
6. Укажите, в чем сходство и различие клинических проявлений ММД и ЗПР?
7. Какие изменения происходят со структурами головного мозга при пограничной умственной отсталости?
8. Укажите значение внутриутробной патологии при ЗПР?
9. В чем сходство и различие ЗПР и легкой степени умственной отсталости?
10. Расскажите о педагогической запущенности, возможно ли нарушение интеллекта?
11. Назовите, какие нарушения речи возможны при ЗПР?

**Занятие 16 (2 часа) по теме: Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития ребенка с ограниченными возможностями.**

**Темы для обсуждения и докладов**

1. Медицинская работа во вспомогательных школах и детских домах для детей с ограниченными возможностями.
2. Медико–психолого-педагогическое консультирование детей с ограниченными возможностями.
3. Инклюзивное образование. За и против.
4. Интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе.
5. Значение реабилитации и социально- трудовой адаптации лиц с ограниченными возможностями.

**Вопросы для самоконтроля к практическим занятиям**

1. Что означает инклюзивное образование?
2. Как Вы относитесь к интеграции детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе?
3. Дайте определение реабилитации?
4. Укажите, какое значение имеет трудовая реабилитация детей с ограниченными возможностями?
5. Укажите, какое значение имеет социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями?
6. Укажите, для каких целей направляют детей с ограниченными возможностями на медико – психолого – педагогическую консультацию?

**6. Критерии оценивания результатов освоения дисциплины (модуля)**

**6.1. Оценочные средства и критерии оценивания для текущей аттестации**

**Примерная тематика рефератов**

1. Значение работ Гиппократ для медицины и дефектологии.
2. Значение трёх блоков, выделенных А.Р. Лурия в структуре головного мозга.
3. Сигнальные системы как физиологический механизм познания реальной действительности.
4. Детский церебральный паралич.
5. Наследственно-органические заболевания нервной системы.
6. Врождённая гидроцефалия.
7. Органическое поражение ЦНС.
8. Функциональные расстройства ЦНС.
9. Гемолитическая болезнь новорождённых.
10. Особенности проявления психоречевых расстройств при минимальной мозговой дисфункции.

### **Требования к написанию реферата**

**Реферат** (от латинского «*referre*» – докладывать, сообщать) – небольшая письменная работа, посвященная определенной теме, обзору источников по какому-то направлению. Обычно целью реферата является – сбор и систематизация знаний по конкретной теме или проблеме.

Структурными элементами реферата являются:

1) титульный лист;

Титульный лист является первой страницей реферата, служит источником информации, необходимой для обработки и поиска документа.

На титульном листе приводят следующие сведения:

наименование ВУЗа; наименование факультета; наименование кафедры; тема реферата; фамилия и инициалы студента (слушателя); должность, ученая степень, ученое звание, фамилия и инициалы руководителя реферата; место и дата составления реферата

2) оглавление;

Оглавление включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

3) введение;

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для рассмотрения данной темы работы.

4) основная часть;

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы (не менее 2-х). Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

5) заключение;

Должно содержать краткое обобщение и выводы по результатам выполненной работы

6) список использованных источников;

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. - 2003

7) приложения.

В приложения рекомендуется включать материалы, связанные с выполненной работой, которые по каким-либо причинам не могут быть включены в основную часть.

В приложения могут быть включены:

- 1) материалы, дополняющие реферат;
- 2) таблицы вспомогательных цифровых данных;
- 3) иллюстрации вспомогательного характера;
- 4) другие документы.

#### Правила оформления реферата

Реферат должен быть выполнен машинописным способом на одной стороне листа белой бумаги через полтора интервала и 14 шрифтом .

Текст реферата следует печатать, соблюдая следующие размеры полей: левое - не менее 30 мм, правое - не менее 10 мм, верхнее - не менее 15 мм, нижнее - не менее 20 мм.

Объем реферата: не более 20 страниц.

Все линии, буквы, цифры и знаки должны быть одинаково черными по всему реферату.

Заголовки структурных элементов реферата и разделов основной части следует располагать в середине строки без точки в конце и печатать прописными буквами, не подчеркивая.

Страницы реферата следует нумеровать арабскими цифрами, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту отчета. Номер страницы проставляют посередине листа в нижнем поле без точки в конце.

Титульный лист включают в общую нумерацию страниц реферата. Номера страниц на титульном листе и в оглавлении не проставляют.

Ссылки на источники следует указывать порядковым номером по списку источников, выделенным двумя косыми чертами. Оформление ссылок - по ГОСТ 7.1.- 2003.

#### **Критерии и показатели, используемые при оценивании реферата**

Критерии	Показатели
1. Новизна реферированного текста Макс. - 5 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2. Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 5 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - владение понятийным аппаратом; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал;
3. Обоснованность выбора источников Макс. - 5 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4. Выводы по изложенной информации с указанием практической значимости работы Макс. - 5 баллов	- умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.
4. Соблюдение требований к оформлению Макс. - 5	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - соблюдение требований к объему реферата;

баллов	- культура оформления: выделение абзацев.
5. Грамотность Макс. - 5 баллов	- грамотность и культура изложения; - отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль.
6. Приложения – фотографии, схемы, чертежи, карты, статистические данные, диаграммы) Макс. – 5 баллов	- наличие материалов содержательно иллюстрирующих и дополняющих текст реферата; - приложения оформлены в соответствие с требованиями

### Оценивание реферата

Реферат оценивается по балльной шкале, балы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 25 и более баллов – «отлично»;
- 19 – 24 баллов – «хорошо»;
- 15 – 18 баллов – «удовлетворительно»;
- менее 15 баллов – «неудовлетворительно».

### Кейсы

#### Кейс 1. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта:

Лена Л., ученица 3-го класса массовой школы, была направлена на консультацию с жалобами на большие затруднения в обучении. Со слов матери, беременность этой девочкой протекала при плохом самочувствии, с наличием токсикоза и резко повышенного кровяного давления. Роды затяжные, с выдавливанием плода. Раннее развитие ребенка шло с задержкой ходьбы и речи. В дошкольном возрасте родные отметили, что девочка заметно отстает в развитии по сравнению с другими детьми. Она не проявляла никакой любознательности, не задавала вопросов, не запоминала стихов, не интересовалась книгами, в игре была мало инициативна и зачастую не понимала игровой ситуации. Отставание в развитии особенно резко проявилось, когда девочка в возрасте 7 лет пошла в школу. С первых дней обучения выяснилось, что Лена не может усвоить самые элементарные школьные навыки: не могла запомнить ни одной буквы не могла овладеть порядковым счетом в пределах 5. При этом в поведении девочки никаких отклонений не наблюдалось. В связи с ее полной неуспеваемостью матери предложили временно взять Лену из школы. Через год она вновь поступила в 1-й класс массовой школы, но и на этот раз у нее выявились затруднения при обучении. И хотя в течение этого года девочка дополнительно занималась с педагогом, а уроки ей помогала готовить мать, она была переведена во 2-й класс без достаточных знаний и навыков. Во 2-м классе девочка механически заучила некоторые приемы счета, таблицу умножения, но очень плохо справлялась с решением арифметических задач. В 3-м классе Лена, даже при большой помощи, которая ей оказывалась, справиться со школьными требованиями не могла.

#### Кейс 2. Квалифицировать нарушение интеллектуальной деятельности по клинической иллюстрации:

Больной С.16 лет. В раннем детстве развивался без отклонений: ходить начал до года,

первые слова стал произносить в год, фразы - около 2 лет... К окружающим относился дифференцированно, интересовался игрушками, картинками. Когда мальчику было 3 года, он перенес тяжелую травму головы - упал с высоты 2 м, ударившись теменем об асфальт. Около 3 часов не приходил в сознание. На следующий день после травмы обнаружены косоглазие и усиленное слюнотечение. Перестал ходить. Речь стала невнятной. Утратил начальные навыки самообслуживания, ел с посторонней помощью. Временами отмечалось недержание кала и мочи. Не ходил самостоятельно до 6 лет. Очень медленно развивались навыки самообслуживания, в возрасте 9 лет с трудом мог одеться сам. Игра долго была однообразной, подражательной, не проявлял интереса к чтению рассказов и сказок ...

### **Кейс 3. Проанализировать приведенный ниже клинический пример.**

Мальчик В., 10 лет. Ребенок от второй беременности, к-рая протекала нормально. В раннем возрасте развивался нормально. В 7 лет заболел корью в тяжелой форме, сопровождавшейся нарушениями сознания, судорогами, рвотой, явлениями общего психомоторного возбуждения, выраженными менингеальными симптомами. Вскоре после выписки из больницы родители заметили ряд изменений состояния мальчика: появились беспокойный сон, сильная истощаемость, головные боли. Мальчик стал раздражительным, драчливым, непослушным. В школу пошел в 8 лет, интереса к занятиям не проявил, учебные навыки не приобрел. Резко ухудшилась память, не понимал сказок, рассказов, смысл которых ему был доступен до болезни. Школьную программу не усваивал. Ориентировка в окружающем недостаточна, но запас представлений выше, чем у олигофренов.

### **Кейс 4. Квалифицировать описанное ниже слабоумие.**

Мальчик К., 12 лет. Учится в 3-м классе школы 8-го вида. Ребенок от первой беременности, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная задержка в развитии. Первые слова стал говорить к трем годам. Всегда был двигательно беспокойен, криклив, плаксив. С детьми играть не умел. Обижал младших, отнимал у них игрушки. Импульсивен, груб, развязен. Учиться начал с 7 лет. За год обучения не овладел грамотой, другими школьными навыками. За время уроков ни минуты ни оставался спокоен, играл с разными предметами, гримасничал, расхаживал по классу, задевал соседей, выкрикивал. На перемене становился крайне расторможенным. Психологическое исследование выявило крайне ограниченный запас сведений. Знал всего лишь несколько букв, понятие о числе отсутствовало, часто соскальзывал с задания, легко отвлекался, реактивно реагировал на случайные раздражители....

### **Кейс 5. Дать рекомендации родителям**

Девочке в августе исполнилось 7 лет. В течение пяти лет с родителями жила за границей, детский сад не посещала. Мать очень любит девочку и безмерно балует ее. Девочка не приучена к самообслуживанию, капризна. При собеседовании в гимназию (именно в этом типе школы родители решили ее обучать) она показала низкий уровень знаний. Взволнованные родители привели ее на консультацию к дефектологу. Был выявлен бедный словарный запас, трудности со сосредоточением внимания, нежелание выполнять предлагаемые задания, детскость поведения. Мыслительные операции не нарушены, но наличествует общая интеллектуальная пассивность. Что целесообразнее рекомендовать родителям:

### **Кейс 6. Обобщить результаты наблюдений**

Мальчик А., 7 лет 6 мес. Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 мес), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ (диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи.

В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность,



многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении.

С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.

### **Кейс 7. Определить, чем обусловлены проблемы в обучении ребенка.**

Сереза Д. лет, ученик 2-го класса, был труден в обучении и поведении, не успевал по всем предметам, не включался в школьную жизнь, не ладил с детьми, был двигателью беспокойен, много и несвязно говорил, иногда на одну и ту же тему.

В анамнезе отмечалось, что ряд родственников по линии отца были людьми нервными, раздражительными с большими странностями в характере.

Сереза родился от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений. До 6 лет психическое и физическое развитие протекало нормально. С 6 лет мальчик стал постепенно меняться. У него появилось двигательное беспокойство, повышенная раздражительность, речевое возбуждение. К 7 годам странности в поведении увеличились. Он не мог сосредоточиться на каком-либо занятии, быстро переходил от одного дела к другому. Когда ему читали рассказ, он нередко перебивал чтение фразой, не имеющей к рассказу никакого отношения. В школу Сереза пошел 8 лет, в обучении был непродуктивен.

При обследовании было установлено, что физическое развитие мальчика соответствует возрасту; со стороны нервной системы отклонений нет. Установить с ним контакт почти невозможно в силу расстройства внимания. При обследовании выявилась «разорванность» мышления. В его речь неожиданно вплетаются непонятные и не связанные между собой фразы: «Он далеко, если не сможет позвонить. Все равно я поеду. У меня Петькин ножик. Надо прыщик содрать....»

Сереза неэмоционален, часто стоит один и гримасничает.

### **Требования к выполнению кейса**

1. Четкое соответствие цели, поставленной при создании.
2. Наличие соответствующего уровня трудности.
3. Иллюстрирование нескольких аспектов экономической жизни.
4. Актуальность на сегодняшний день.
5. Иллюстрирование типичных ситуаций.
6. Развитие аналитического мышления.
7. Провоцирование дискуссии.
8. Наличие нескольких решений.

### **Критерии оценивания заданий кейса**

Отлично	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. правильное решение, учтены проблемные моменты варианности решения;</li> <li>2. выявлены проблемные моменты, предложена и обоснована варианность решения;</li> <li>2. ответ на задачу представляет собой логически построенный ответ, сочетающий теоретические знания и практическую материю задачи.</li> </ol>
---------	--

Хорошо	1. правильное решение (может содержать незначительные неточности).
Удовлетворительно	1. неправильное решение, но теоретически обоснованное; 2. правильное решение при слабом теоретическом обосновании.
Неудовлетворительно	1. отказ от ответа; 2. неправильное решение без обоснования.

## 6.2. Оценочные средства и критерии оценивания для промежуточной аттестации (зачета)

### Примерные варианты тестовых заданий

1. Клиника интеллектуальных нарушений — это:

- а) научная дисциплина;
- б) самостоятельная учебная дисциплина;
- в) раздел психологии.

2. Медико-педагогический комплекс — блок учебных дисциплин:

- а) медицинских и педагогических;
- б) медицинских, педагогических, психологических;
- в) общемедицинских, клинических, педагогических и психологических.

3. Базисная подготовка будущих специалистов в области специального образования включает в себя изучение:

- а) всех дисциплин медико-педагогического комплекса;
- б) общемедицинских и клинических дисциплин;
- в) общепедагогических и общепсихологических дисциплин.

4. Интеллект (по Амасьянцу Р.А. и Амасьянцу Э.А.) - это:

- а) основная форма познания человеком действительности;
- б) интегральная деятельность высших психических функций в сочетании;
- в) система живых и действующих операций.

5. Какая из трактовок интеллекта принадлежит Р. Стенбергу:

- а) целенаправленное адаптационное поведение;
- б) совокупность всех познавательных функций индивида;
- в) проявление наследственности.

6. Гнозис — это:

- а) высшая форма познавательной деятельности;
- б) функция, обеспечивающая общение между людьми;
- в) узнавание предметов через органы чувств и систему анализаторов;

7. Праксис — это:

- а) целенаправленное действие, привычное движение;
- б) мысленное установление явлений окружающего мира;
- в) произвольный двигательный акт.

8. Энергетический блок — это:
- а) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации;
  - б) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;
  - в) блок регуляции тонуса-активности человеческого мозга.
9. Активность познавательных процессов — это:
- а) фактор интеллектуального развития;
  - б) одна из предпосылок интеллекта;
  - в) уровень интеллекта.
10. Нарушение адаптации (расстройство приспособительных реакции) — фактор риска нарушений интеллекта:
- а) наследственный;
  - б) психосоциальный;
  - в) экзогенный.
11. Хромосомы — это:
- а) совокупность всех признаков организма;
  - б) единицы наследственности;
  - в) элементы клеточного ядра, содержащие гены.
12. В норме у человека насчитывается хромосом:
- а) 48; б) 46; в) 44.
13. Мужчины имеют хромосомы:
- а) «X» и «Y»; б) «X и «X»; в) «Y» и «Y»,
14. Причинами развития алкогольного синдрома плода являются:
- а) генетические расстройства;
  - б) хромосомные нарушения;
  - в) предшествующая интоксикация,
15. Экзогенный фактор риска это:
- а) этиологический фактор, обусловленный неблагоприятной микросоциальной средой;
  - б) этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией, интоксикацией, травмой;
  - в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием,
16. Психосоциальный фактор риска - это:
- а) этиологический фактор, обусловленный неблагоприятной микросоциальной средой;
  - б) этиологический фактор, обусловленный отягощенной наследственностью;
  - в) этиологический фактор, обусловленный психическим заболеванием.
17. Наследственный фактор риска т это:
- а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного воздействия;
  - б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;

в) этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией либо травмой.

18. Умственная отсталость как проявление:

- а) разных наследственных болезней;
- б) перенесенных инфекций в раннем Тресте;
- в) токсического воздействия в постнатальном периоде.

19. Характерные особенности наследственных заболеваний:

- а) проявления врожденных аномалий-
- б) клиника интеллектуальных нарушений;
- в) клинический полиморфизм и индивидуальное течение болезни.

20. Дизонтогенез - это:

- а) нарушение индивидуального развития организма на каком-либо этапе онтогенеза;
- б) патологический процесс с внутренними закономерностями;
- в) нарушение единства биологического и социального в процессе формирования личности.

21. Ретардация - это:

- а) искаженное и дисгармоничное психическое развитие;
- б) поврежденное и дефицитарное психическое развитие;
- в) запаздывание или приостановка психического развития.

22. В 10-й международной классификации болезней используется термин:

- а) болезнь;
- б) расстройство;
- в) заболевание.

23. Интеллектуальный коэффициент - это:

- а) показатель имеющихся знаний;
- б) количественный показатель интеллектуального развития;
- в) оценка навыков и умений, полученных в процессе учебы.

24. Умственная отсталость - это:

- а) временное ослабление интеллекта;
- б) приобретенное слабоумие;
- в) врожденное слабоумие.

25. Степени умственной отсталости – это

- а) характеристика типа интеллектуального недоразвития;
- б) показатель выраженности врожденного слабоумия: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость;
- в) показатель фактора риска развития умственной отсталости.

26. Деменция - это:

- а) нарушение психических свойств личности;
- б) приобретенное слабоумие;
- в) тяжелое нарушение памяти.

27. Синдром Дауна - это:

- а) патологический синдром, обусловленный предшествующей инфекцией;
- б) патологический синдром, обусловленный асфиксией плода;
- в) патологический синдром, обусловленный хромосомными нарушениями.

28. Детский церебральный паралич -это:

- а) заболевание, обусловленное генными мутациями;
- б) заболевание, обусловленное механической травмой головки плода при родах;
- в) заболевание, обусловленное инфекцией, перенесенной в постнатальном периоде.

29. Аментивный синдром - это:

- а) одно из проявлений приобретенного слабоумия;
- б) одно из проявлений врожденного слабоумия;
- в) одно из проявлений помрачнения сознания.

30. Общим клиническим проявлением для различных форм умственной отсталости является:

- а) парциальное недоразвитие психики\*
- б) недоразвитие лимбической системы мозга;
- в) тотальное недоразвитие психики.'

31. Интеллектуальная недостаточность при умственной отсталости проявляется в виде:

- а) недостаточности мыслительной деятельности; '
- б) недостаточности всех психических процессов;
- в) недостаточности всех психических процессов и моторной активности.

32. Динамика клиники умственной отсталости зависит от степени возрастного созревания:

- а) коры головного мозга;
- б) всех отделов головного мозга;
- в) центральной нервной системы.

33. В основе структуры психического дефекта лежит:

- а) недостаточность высших форм познавательной деятельности;
- б) несформированность психических свойств личности;
- в) функциональная недостаточность, обусловленная психотравмой.

34. Клиническая структура деменции включает в себя:

- а) нарушение интеллектуальной деятельности;
- б) патологическое изменение личности;
- в) нарушение интеллектуальной деятельности и патологическое изменение личности.

35. Маразм - это:

- а) стационарное слабоумие;
- б) состояние распада психической " деятельности;
- в) состояние распада психической деятельности в сочетании с физической истощаемостью.

36. Виды деменции:

- а) дебильность, имбецильность, идиотия;
- б) тотальная деменция, парциальная деменция;
- в) промежуточная деменция, постоянная деменция.

37. При умственной отсталости легкой степени:

- а) сохраняется способность к освоению общеобразовательных программ;
- б) сохраняется способность к освоению специальных программ;
- в) не сохраняется способность к освоению никаких программ.

38. Для умственной отсталости тяжелой степени характерны:

- а) видимые интеллектуальные нарушения и выраженная моторная недостаточность;
- б) низкий уровень интеллекта и низкий уровень сенсомоторики;
- в) весьма низкий уровень интеллекта и минимальный уровень сенсомоторики.

39. Задержка психического развития в соответствии с МКБ-10 - это:

- а) синдром неврологического, психического или соматического заболевания;
- б) самостоятельная нозологическая форма;
- в) составная часть понятия пограничная интеллектуальная недостаточность.

40. Варианты задержки психического развития по К.С. Лебединской:

- а) психогенного, соматогенного и церебрально-органического происхождения;
- б) конституционального, соматогенного и церебрально-органического происхождения;
- в) конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.

41. Гармонический инфантилизм - это:

- а) стойкое нарушение развития мозговых структур;
- б) незрелость всех сфер деятельности ребенка, включая и интеллектуальную без психоорганических проявлений;
- в) патологическое развитие личности по невротическому типу.

42. Дисгармонический инфантилизм - это:

- а) сочетание гармонического инфантилизма с проявлениями органического поражения нервной системы;
- б) явление органического поражения нервной системы;
- в) сочетание гармонического инфантилизма с проявлениями функциональных расстройств нервной системы.

43. Особенности задержки психического развития:

- а) парциальность, необратимость, стойкость;
- б) парциальность, обратимость, стойкость;
- в) тотальность, необратимость, стойкость.

44. Задержка психического развития:

- а) обусловлена патологической наследственностью;
- б) не обусловлена патологической наследственностью;
- в) обусловлена генными или хромосомными мутациями.

45. Патологическое развитие личности при ЗПР обусловлено:

- а) соматогенной астенией;
- б) воздействием инфекционного фактора
- в) ранним возникновением и длительным воздействием психотравмирующего фактора.

46. Парциальность при ЗПР - это:

- а) нарушение темпа созревания всех структур головного мозга;
- б) нарушение темпа развития отдельных нейрофизиологических систем;
- в) изолированное недоразвитие одной из психических функций.

47 Моторный инфантилизм обусловлен:

- а) незрелостью теменно-затылочных областей головного мозга;
- б) незрелостью височных и базальных областей головного мозга;
- в) незрелостью лобных и теменных областей мозга.

48. При задержанном моторном развитии отмечается:

- а) преобладание функционирования стриарной системы над паллидарной;
- б) преобладание функционирования паллидарной системы над стриарной;
- в) равнозначное функционирование паллидарной и стриарной систем.

49. Феномен «скачкообразность динамики мыслительной деятельности» характерен для:

- а) умственной отсталости;
- б) деменции;
- в) задержки психического развития.

50. Патология двигательной сферы при детском церебральном параличе проявляется в виде:

- а) центрального паралича;
- б) периферического паралича;
- в) центрального и периферического паралича.

51. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно начало формирования лепетной речи:

- а) 5-6 месяцев; б) 7-8 месяцев; в) 9-10 месяцев.

52. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно появление понимания обращенной речи и выполнение простых словесных инструкций:

- а) 7-8 месяцев; б) 9-10 месяцев; в) 11—12 месяцев.

53. Развитие зрительно-моторной координации начинает появляться на:

- а) 4-5 месяцах первого года жизни ребенка;
- б) 6-7 месяцах первого года жизни ребенка;
- в) 8-9 месяцах первого года жизни ребенка.

54. Появление примитивной игровой деятельности у ребенка первого года жизни отмечается в

- а) 7-8 месяцев; б) 9-10 месяцев; в) 11—12 месяцев.

55. Осмотр ребенка раннего возраста проводится в кабинете врача при температуре:

- а) 21-22; б) 23-24; в) 25-27.

56. Опистоническая поза характеризуется:

- а) мышечной гипотонией;
- б) резким напряжением мышечного тонуса;
- в) пластичным повышением мышечного тонуса.

57. «Монголоидные» черты лица с широко расставленными глазами характерны для: а) болезни Дауна; б) гидроцефалии; в) микроцефалии.

58. Хоботковый рефлекс в норме определяется до:

- а) 2-3 месяцев; б) 4-5 месяцев; в) 6-7 месяцев.

59. Хватательный рефлекс в норме определяется до :

- а) 3 месяцев; б) 4 месяцев; в) 5 месяцев.

60. Рефлекс Бабинского физиологичен до: а) 4-5 месяцев; б) 6-8 месяцев; в) 9-10 месяцев.

61. К позотоническим рефлексам первого года жизни относятся:

- а) рефлексс Таланта и рефлекс Пареза,
- б) ладонно-ротовой и сосательный рефлекс;
- в) ассиметричный и симметричный шейный тонический рефлекс.

62. Рефлексы первого года жизни ребенка, направленные на приспособление туловища к вертикальному положению:

- а) рефлексс Ландау;
- б) рефлексс Таланта и рефлексс Пареза;
- в) рефлексс Бабкина и рефлексс Куссмауля.

63. Состояние мышечного тонуса выявляется при исследовании:

- а) активных движений;
- б) пассивных движений;
- в) координации движений.

64. Отсутствие феномена «Заражение улыбкой» характерно для :

- а) нарушения эмоционального развития;
- б) нарушения интеллектуального развития;
- в) нарушения моторного развития.

65. Медико-генетическое консультирование осуществляется в :

- а) учреждениях образования;
- б) учреждениях социального развития;
- в) учреждениях здравоохранения.

66. Основной вид деятельности медико-генетической службы:

- а) профилактика приобретенного слабоумия;
- б) профилактика врожденной и наследственной патологии;
- в) профилактика задержки психического развития.

67. Специфическая особенность познавательной деятельности при ДЦП:



- а) дисгармонический характер нарушений отдельных психических функций;
- б) равномерный характер нарушений отдельных психических функций;
- в) дисгармоничный характер нарушений всех психических функций.

68. При всех формах ДЦП имеют место:

- а) задержка и нарушение развития всех видов чувствительности;
- б) задержка и нарушение развития кинестетического анализатора;
- в) задержка и нарушение развития спинальных рефлексов.

69. Основным и наиболее частым нарушением познавательной деятельности у детей с ДЦП является:

- а) умственная отсталость;
- б) задержка психического развития;
- в) деменция.

70. К речевым нарушениям при различных формах ДЦП относятся:

- а) ринолалия, заикание, дислалия;
- б) алалия, дизартрия, задержка речевого развития;
- в) дислалия, мутизм, афазия.

71. Для психического развития при ДЦП характерны:

- а) быстрота психических процессов и их истощаемость;
- б) замедленность психических процессов и их истощаемость;
- в) равномерность протекания психических процессов.

72. Умственная отсталость при синдроме Лоу-Терри-Мах-Лехиана сочетается с поражением:

- а) гипоталамической области;
- б) почек и глаз;
- в) слуха и печени.

73. Умственная отсталость при синдроме Луи-Баре проявляется полным симптомокомплексом умственной отсталости:

- а) легкой степени;
- б) умеренной степени;
- в) тяжелой степени;

74. Синдром Лоренса-Муна-Бидля-Барце — это симптомокомплекс:

- а) врожденных аномалий развития, умственной отсталости и диффузным поражением внутренних органов;
- б) врожденных аномалий развития, умственной отсталости и выраженной дисфункцией гипоталамической области;
- в) умственной отсталостью, гемипарезом и поражением анализаторных систем.

75. К специфическим расстройствам речи относятся:

- а) расстройства артикуляции речи, экспрессивной и рецептивной речи и приобретенная афазия с эпилепсией;
- б) расстройства звукопроизношения, грамматического строя речи и стертая форма дизартрии;

в) нарушение голоса, темпа речи и ринолалия.

76. В комплекс коррекционных мероприятий при ДЦП на этапе младенческого и раннего возраста входит.

- а) стимуляция лимбической системы;
- б) стимуляция рефлекторной сферы;
- в) стимуляция сенсорной сферы.

77. Интеллектуальная недостаточность при Трисомии-х обусловлена:

- а) задержкой психического развития;
- б) умственной отсталости легкой или умеренной степени;
- в) умственной отсталости тяжелой или глубокой степени.

78. Синдром Берьесона-Форемана-Лемана- это синдром:

- а) слабоумия и слепоты;
- б) слабоумия и кахексии;
- в) слабоумия и ожирения.

79. Интеллектуальная недостаточность при синдроме Клипееля-Фейля обусловлена:

- а) задержкой психического развития;
- б) умственной отсталостью легкой или умеренной степени;
- в) умственной отсталости тяжелой или глубокой степени.

80. Умственная отсталость при гипер- или гипотериозе носит:

- а) стабильный характер в виде легкой или умеренной степени;
- б) стабильный характер в виде тяжелой или глубокой степени;
- в) прогрессирующий характер от легкой до глубокой степени.

81. Предельная наполняемость классов в специальном (коррекционном) учреждении V вида:

- а) 6 человек; б) 10 человек; в) 12 человек.

82. Предельная наполняемость классов в специальном (коррекционном) образовательном учреждении VIII вида:

- а) 8 человек; б) 10 человек; в) 12 человек

83. Синдром Клайнфельтера обусловлен:

- а) предшествующей инфекцией;
- б) предшествующей травмой;
- в) хромосомными нарушениями.

84. Моносомия - это:

- а) появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
- б) отсутствие одной хромосомы в хромосомном наборе;
- в) обмен сегментами между хромосомами.

85. Делеция - это:

- а) отсутствие части хромосом;
- б) появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
- в) обмен сегментами между хромосомами.

86. Для синдрома Дауна характерно:

- а) нормальные размеры черепа и величины головного мозга;
- б) уменьшение размеров черепа и величины головного мозга;
- в) увеличение размеров черепа и величины головного мозга.

87. Особенность психического дефекта при синдроме Дауна - это:

- а) относительная сохранность интеллектуального развития по сравнению с тяжестью эмоциональных расстройств;
- б) относительная сохранность эмоциональной сферы по сравнению с тяжестью интеллектуального развития;
- в) тяжесть интеллектуальных нарушений.

88. Гидроцефалия - это:

- а) врожденное недоразвитие черепа;
- б) водянка головного мозга;
- в) паразитарное заболевание головного мозга.

89. Энцефалит - это:

- а) воспаление головного мозга;
- б) воспаление мозговых оболочек;
- в) воспаление спинного мозга,

90. Менингеальные симптомы - это:

- а) симптомы Бабинского, гемипарез, косоглазие;
- б) ригидность мышц затылка;
- в) гиперрефлексия, гипертония мышцы, патологические рефлекссы.

91. Болезнь Феллинга — это:

- а) хромосомное нарушение, обусловленное мутацией хромосом;
- б) генетическое нарушение, обусловленное генными мутациями;
- в) наследственное заболевание, обусловленное нарушением обмена фенилаланина.

92. При синдроме Дауна:

- а) лишняя хромосома в 21 паре;
- б) лишняя хромосома в 23 паре;
- в) отсутствует хромосома в 18 паре.

93. Молекулярно-генетические методы направлены на :

- а) выявление деления клетки и ее изменчивость;
- б) выявление изменений молекулярной структуры ДНК;
- в) изучение патологических признаков генов.

94. Медико-генетическая служба – это

- а) составная часть системы образования;
- б) составная часть системы социального развития;
- в) составная часть системы лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения.

95. Медико-генетическое консультирование состоит из :

а) 2-х этапов; б) 3-х этапов; в) 4-х этапов.

96. Генеалогический метод - это:

- а) метод изучения структуры и набора хромосом;
- б) метод изучения характера наследования определенного признака в будущем у членов изучаемой семьи;
- в) метод изучения структуры и набора генов.

97. Генеалогический метод используется для :

- а) профилактики наследственных болезней;
- б) установления типа наследования болезней или отдельного признака;
- в) разработки соответствующего метода лечения.

98. Цитогенетические методы - это:

- а) методы изучения хромосом;
- б) методы изучения генов;
- в) методы изучения клетки.

99. Метод анализа сцепления генов - это.

- а) локализация генов, расположенных на одной хромосоме, связанных с наследственным заболеванием или иным выраженным признаком;
- б) локализация генов, расположенных на 2-х хромосомах;
- в) локализация генов, расположенных на всех хромосомах.

100. Генетическая карта - это:

- а) схема структуры конкретных генов на конкретных хромосомах;
- б) схема расположения конкретных генов на конкретных хромосомах;
- в) схема расположения генов на одной хромосоме.

101. Первичная (педагогическая) профилактика направлена на:

- а) профилактику осложнений после перенесенных заболеваний;
- б) профилактику факторов риска различных заболеваний и интоксикации, травм и др.;
- в) профилактику наследственных болезней.

102. Участниками образовательного процесса специальных (коррекционных) учреждений являются:

- а) педагогические, медицинские работники и воспитанники;
- б) педагогические работники, воспитанники и их родители (законные представители);
- в) педагогические и медицинские работники, воспитанники и их родители (законные представители).

103. На 2-ой ступени образования в специальном (коррекционном) учреждении I вида осуществляется:

- а) начальное общее образование;
- б) среднее общее образование;
- в) основное общее образование.

104. Нормативный срок освоения 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении I вида составляет:

а) 5-6 лет; б) 6-7 лет; в) 2 года.

105. Специальное (коррекционное) учреждение I вида предназначено для обучения и воспитания:

- а) слабослышащих детей;
- б) неслышащих детей;
- в) незрячих детей.

106. Нормативный срок освоения 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении IV вида составляет:

- а) 4 года; б) 5 лет; в) 6 лет.

107. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида предназначено для детей:

- а) с речевой патологией;
- б) с тяжелой речевой патологией;
- в) с тяжелой формой заикания.

108. Во 2-ое отделение специального (коррекционного) образовательного учреждения V вида принимаются дети:

- а) с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи;
- б) с общим недоразвитием речи тяжелой степени;
- в) с афазией.

109. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида предназначено для детей:

- а) с умственной отсталостью;
- б) с деменцией;
- в) с задержкой психического развития.

110. Специальное (коррекционное) учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ:

- а) одной ступени общего образования;
- б) двух ступеней общего образования;
- в) трех ступеней общего образования.

111. Сроки обучения в специальном (коррекционном) образовательном учреждении вида: а) 6-8 лет; б) 9-11 лет; в) 12 лет.

### **Критерии оценивания тестового задания**

за правильный ответ студент получает 1 балл;  
если ответ не указан или неверен 0 баллов.  
неудовлетворительно – до 50 % баллов за тест;  
удовлетворительно – от 51 до 70% баллов за тест;  
хорошо – от 71 до 85 % баллов за тест;  
отлично – более 85 % баллов за тест.

### **Критерии выставления зачета**

"Зачтено" – правильно решено – 40-111 вопросов.

"Не зачтено" – правильно решено – менее 40 вопросов.

### Критерии оценивания студентов на зачете

"Зачтено" выставляется студенту, который продемонстрировал при ответе знание учебно-программного материала (вопросы к зачету), выполнившему проверочные работы и зачетное задание на оценку «зачтено». Свободно ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной программой, а также показывает усвоение взаимосвязи основных понятий дисциплины и их значение для приобретаемой профессии.

"Не зачтено" выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знании основного учебно-программного материала (вопросы к зачету), выполнившему проверочные работы и зачетное задание на оценку «не зачтено», не ознакомившемуся с основной литературой, предусмотренной программой, и не овладевшему базовыми знаниями, предусмотренными по данной дисциплине, и определёнными предметными умениями.

## 7. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

### 7.1. Основная литература

- 1.Алехин А. Н. Психические заболевания в практике психолога : учебное пособие для вузов / А. Н. Алехин. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 119 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-09862-4. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/451104>
- 2.Годовникова Л. В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ : учебное пособие для вузов / Л. В. Годовникова. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 218 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12039-4. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/457133>
- 3.Колосова Т. А. Психология детей с нарушением интеллекта : учебное пособие для вузов / Т. А. Колосова, Д. Н. Исаев ; под общей редакцией Д. Н. Исаева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 151 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-11243-6. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/454481>
- 4.Шац И. К. Психиатрия, медицинская психология: психозы у детей : учебное пособие для вузов / И. К. Шац. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 207 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-08841-0. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/455640>

### 7.2. Дополнительная литература

1. Белопольская Н. Л. Детская патопсихология. «Когито-центр». М., 2009.
2. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. «Общая психопатология». Р на Д, Изд. «Феникс», 2008.
- 3.Демьянов, Ю. Г. Основы психиатрии : учебник для вузов / Ю. Г. Демьянов. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 308 с. — (Серия : Бакалавр и магистр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-01176-0.
- 4.Еникеева Д.Д. Пограничные состояния у детей и подростков. М., 2008.
5. Московкина А. Г. Клиника интеллектуальных нарушений: Учебное пособие / Московкина А.Г., Уманская Т.М. - М.:Прометей, 2013. - 246 с.
- 6.Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. Спб., Москва-Харьков-Минск., 2010.
- 7.Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и патопсихология семьи. Спб., Москва-Харьков-

Минск., 2011.

8. Шалимов В.М. Клиника интеллектуальных нарушений. Москва, 2012.- 112 с.

### 7.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

- [http:// www.psypublica.ru](http://www.psypublica.ru) (Психологические публикации).
- <http://psyvoren.narod.ru/bibliot.htm> (Виртуальная психологическая библиотека).
- <http://www.ipras.ru/08.shtml> (Психологический журнал // сайт Института психологии РАН).
- [http:// www.psypublica.ru](http://www.psypublica.ru) (психологические публикации по различным разделам психологической науки).
- <http://psyvoren.narod.ru/bibliot.htm> (виртуальная психологическая библиотека).
- <http://vch.narod.ru/lib.htm> (описание психологических тестов).
- [www.infamed.com/psy/](http://www.infamed.com/psy/) (психологические тесты).
- [www.test.etoast.ru](http://www.test.etoast.ru) (психологические тесты).
- [www.mytests.ru](http://www.mytests.ru) (психологические тесты. IQ тесты. Статьи по психологии).

Психологические технологии:

- Иматон – <http://www.imaton.com/>.
- Амалтея – <http://www.lanberg.ru/shop/meth/amalteya>.
- Психрон – <http://www.psytest.ru/>.
- УМК «Психология» – <http://psychosoft.ru/>.
- Лаборатория «Гуманитарные технологии» – <http://www.ht.ru/cms/>
- Когито-Центр – <http://www.cogito-centre.com/>.
- Прект ВААЛ (система психосемантического анализа) – <http://www.vaal.ru/>.
- Детская психология для специалистов – [www.childpsy.ru](http://www.childpsy.ru).

Психологическая периодика:

- Электронный журнал «Психологическая наука и образование PSYEDU.ru» – [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/index.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/index.shtml).
- Вестник практической психологии образования – [http://psyjournals.ru/vestnik\\_psyobr/index.shtml](http://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/index.shtml).
- Иностранная психология Издание института психологии РАН. – [http://psyberlink.flogiston.ru/internet/journ\\_ru/j\\_ip.htm](http://psyberlink.flogiston.ru/internet/journ_ru/j_ip.htm).
- Культурно-историческая психология – <http://psyjournals.ru/kip/index.shtml>.
- Новое в психолого-педагогических исследованиях – [http://elibrary.ru/title\\_about.asp?id=28257](http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28257).
- Научный электронный журнал «Психологические исследования» – <http://psystudy.ru/>.
- Журнал «Развитие личности» – <http://rl-online.ru/index.html>.
- Психологическая газета – <http://www.psy.su/>.
- Журнал «Вопросы психологии» – <http://www.voppsy.ru/>.
- Московский психологический журнал – <http://magazine.mospsy.ru/>.

## 8. Материально-техническое обеспечение Аудитория 310,312 учебного корпуса №3

№ п/п	Наименование	количество	Форма использования
1	Аудитории, оснащенные современными компьютерами	25	Демонстрация материалов лекций, семинарских, практических занятий, учебных и научных

			видеоматериалов
2	Аудитории, оснащенные видеопроекторами	3	Демонстрация материалов лекций, семинарских, практических занятий, учебных и научных видеоматериалов
3	Комплекс наглядных пособий (оборудование, комплекс психодиагностических тестов)	1	Демонстрация на практических занятий

### 9. Программное обеспечение

Kaspersky Endpoint Security для бизнеса Стандартный АО «Лаборатория Касперского», лицензия 1FB6-161215-133553-1-6231

Microsoft Open License, лицензия 49463448 в составе:

1. Microsoft Windows Professional 7 Russian
2. Microsoft Office 2010 Russian

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 03B6A3C600B7ADA9B742A1E041DE7D81B0  
Владелец: Артеменков Михаил Николаевич  
Действителен: с 04.10.2021 до 07.10.2022