Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Артеменков Михаил Николаевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.10.2026 17:56:43
Уникальный программный ключ:
a63b74166e8f4fc17bd1e0462725f79e393bfdf9

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 деятельности
_____Ю.А. Устименко
«26» декабря 2024 г.

Рабочая программа дисциплины
ФТД.02 Патопсихологические синдромы детского возраста

Направление подготовки: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль): Проектная деятельность в дошкольном образовании
Курс – 2
Семестр – 4
Форма обучения – очная
Всего зачетных единиц – 2, часов – 72
Форма отчетности: зачет – 4 семестр.

Программу разработал:
канд. психологических наук, доцент Терещенко В.В.

Одобрена на заседании общей психологии
«13» ноября 2024 года, протокол № 3

Заведующий кафедрой Селиванов В.В.

Смоленск
2024

1. Место дисциплины в структуре ОП

Дисциплина ФТД.02 «Патопсихологические синдромы детского возраста» является частью подготовки студентов магистратуры по направлению 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, профиль «Проектная деятельность в дошкольном образовании».

Цель дисциплины – усвоить систему фундаментальных понятий в области детской патопсихологии, формировать у студентов знания о механизмах развития психики у детей и подростков с различными формами отклонений в развитии.

Дисциплина относится к факультативным дисциплинам. К исходным требованиям, необходимым для изучения дисциплины относятся знания, умения и навыки, сформированные в процессе изучения дисциплин предыдущего семестра: «Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в критические периоды развития», «Психологическое консультирование родителей и педагогов по проблемам детей дошкольного возраста».

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Компетенция	Индикаторы достижения *(в соответствии с разделом 7 общей характеристики ОП ВО)*
УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия	**Знать:** особенности и основные характеристики межкультурного разнообразия общества, историческую обусловленность межкультурного разнообразия общества, причины появления социальных обычаев и различий в поведении людей. **Уметь:** адекватно объяснять особенности поведения и мотивации людей различного социального и культурного происхождения в процессе взаимодействия с ними, опираясь на знания причин появления социальных обычаев и различий в поведении людей. **Владеть:** навыками создания недискриминационной среды взаимодей
ПК-2 Способен проектировать и реализовывать способы и условия организации деятельности и взаимодействия детей дошкольного возраста с учетом индивидуальных особенностей развития	**Знать:** психолого-педагогические основы проектной деятельности в дошкольном образовании; технологию проектирования и реализации способов и условий организации деятельности детей, с учетом их индивидуальных особенностей развития; принципы организации образовательного процесса в дошкольной образовательной организации; вариативные формы, методы, средства и условия организации видов деятельности детей дошкольного возраста (игровой, речевой, познавательно-исследовательской, коммуникативной, изобразительной, двигательной, элементарной трудовой, музыкальной, конструирования). **Уметь:** применять современные научные знания в процессе педагогического проектирования и организации деятельности детей и их взаимодействия, оценивать педагогическую ситуацию и определять психолого-педагогические задачи организации разных видов деятельности и взаимодействия детей дошкольного возраста с учетом их индивидуального развития; применять методы, приемы, средства, способствующие реализации задач обучения, воспитания и развития дошкольников на основе принципов дошкольного образования и с учетом образовательных потребностей детей.

	Владеть: навыками, позволяющими самостоятельно проектировать способы и условия организации деятельности и взаимодействия детей дошкольного возраста с учетом индивидуальных особенностей развития; осуществлять оценку результативности педагогического проекта, опираясь на современные научные знания.

3. Содержание дисциплины

Раздел 1. Предмет, задачи и методы детской патопсихологии

Тема 1. Предмет, содержание и основные понятия патопсихологии детского возраста

Исторические аспекты становления патопсихологии детского и юношеского возраста. Современные тенденции развития науки. Место детской патопсихологии в ряду психологических, медицинских, педагогических наук. Предмет и содержание, основные понятия патопсихологии детского возраста. Практические задачи детской патопсихологии. Теоретические проблемы патопсихологии детского и юношеского возраста.

Тема 2. Принципы построения и методы патопсихологического обследования детей

Принципы диагностической работы патопсихолога. Патопсихологическая диагностика в клинике. Клинико-психологическая диагностика школьной дезадаптации и пограничных расстройств.

Раздел 2. Виды нарушений психического развития. Клинико-психологические особенности детей и подростков с различными вариантами отклоняющегося развития и нервно-психическими заболеваниями

Тема 3. Психологическая характеристика возрастной специфики психических расстройств в детском возрасте

Виды нарушенного психического развития. Психиатрические классификации дизонтогенеза. Классификация типов дизонтогенеза по В.В. Лебединскому. Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья. Уровни возрастного реагирования на воздействие «вредности». Возрастная специфика в патопсихологии. Возрастно- специфические заболевания, связанные с нарушением психического здоровья. Ранний детский аутизм и его разновидности. Нервная анорексия и нарушения пищевого поведения. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и его разновидности. Суицидальное поведение. Проблема дифференциальной диагностики в патопсихологии детского и юношеского возраста.

Тема 4. Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии. Клинико-психологическая характеристика аффективных нарушений в детском и подростковом возрасте

Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами. Невротические реакции и неврозы. Основные характеристики невротических расстройств в детском возрасте. Особые виды невротических расстройств детского и подросткового возраста. Психопатии. Психологическая структура психопатий. Психологическая характеристика аффективных нарушений в детском, подростковом и юношеском возрасте.

Тема 5. Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии

Клинико-психологический синдром при шизофрении в детском возрасте. Обзор современных исследований детской шизофрении. Психологические исследования шизофрении в детском возрасте. Клинико-психологический синдром при шизофрении в юношеском возрасте. Характеристика юношеской приступообразной шизофрении. Характеристика юношеской непрерывно текущей шизофрении. Патопсихологический шизофренический синдром в юношеском возрасте. Клинико-психологический синдром при эпилепсии. Основные формы эпилепсии в детском и юношеском возрасте. Патопсихологическая диагностика при эпилепсии.

Тема 6. Особенности организации консультативной работы и коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей и подростков с нарушениями психического развития

Цели и принципы консультативно-коррекционной работы. Индивидуальная и групповая психологическая коррекция. Виды коррекционной помощи детям при нарушениях психического развития. Профилактика, раннее выявление и ранняя комплексная помощь детямс отклонениями в развитии.

4. Тематический план

№ п/п	Разделы и темы	Всего часов	Формы занятий		
			лекции	практические занятия	самостоятельная работа
Раздел 1. Предмет, задачи и методы детской патопсихологии					
1	Предмет, содержание и	10			8

	основные понятия патопсихологии детского возраста.		2		
2.	Принципы построения и методы патопсихологического обследования детей.	12	2	2	8
Раздел 2. Виды нарушений психического развития. Клинико-психологические особенности детей и подростков с различными вариантами отклоняющегося развития инервно-психическими заболеваниями					
1	Психологическая характеристика возрастной специфики психических в детском возрасте		2	2	8
2	Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии. Клинико-психологическая характеристика аффективных нарушений в детском и подростковом возрасте.	12	2	2	8
3	Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии.	12	2	2	8
4	Особенности организации консультативной работы и коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей и подростков с нарушениями психическогоразвития.	14		2	12
	Всего	72	10	10	52

5. Виды учебной деятельности

Занятия лекционного типа

Тема 1. Предмет, содержание и основные понятия патопсихологии детского возраста

1. Исторические аспекты становления патопсихологии детского и юношеского возраста. Современные тенденции развития науки.
2. Место детской патопсихологии в ряду психологических, медицинских, педагогических наук.
3. Предмет и содержание, основные понятия патопсихологии детского возраста.
4. Практические задачи детской патопсихологии.
5. Теоретические проблемы патопсихологии детского и подросткового возраста.

Тема 2. Принципы построения и методы патопсихологического обследования детей

1. Исторический обзор диагностических методов клинико-психологического и патопсихологического исследования.
2. Принципы диагностической работы патопсихолога.
3. Патопсихологическая диагностика в клинике.
4. Клинико-психологическая диагностика школьной дезадаптации и пограничных расстройств.

Тема 3. Психологическая характеристика возрастной специфики психических расстройств в детском возрасте

1. Виды нарушенного психического развития. Психиатрические классификации дизонтогенеза.
2. Клинико-психологическая классификация типов дизонтогенеза по В.В. Лебединскому.
3. Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья.
4. Уровни возрастного реагирования на воздействие повреждающего фактора. Возрастная специфика в патопсихологии.
5. Возрастно-специфические заболевания, связанные с нарушением психического здоровья: ранний детский аутизм, нервная анорексия и нарушения пищевого поведения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, суицидальное поведение.
6. Проблема дифференциальной диагностики в патопсихологии детского и юношеского возраста.

Тема 4. Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии. Клинико-психологическая характеристика аффективных нарушений в детском и подростковом возрасте

1. Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами
2. Невротические реакции и неврозы как область научно-практической деятельности в психологии аномального развития.
3. Психологическая характеристика аффективных нарушений в детском возрасте.
4. Акцентуации характера и психопатии.
5. Клинические особенности и типы юношеских депрессий
6. Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте.

Тема 5. Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии.

1. Клинико-психологический синдром при шизофрении в детском и подростковом возрасте.
2. Клинико-психологический синдром при эпилепсии в детском и подростковом возрасте.

Занятия семинарского типа

Тема 1. Предмет, содержание и основные понятия патопсихологии детского возраста

План:

1. Исторические аспекты становления патопсихологии детского и юношеского возраста. Современные тенденции развития науки.
2. Место детской патопсихологии в ряду психологических, медицинских, педагогических наук.
3. Предмет и содержание, основные понятия патопсихологии детского возраста.
4. Практические задачи детской патопсихологии.
5. Теоретические проблемы патопсихологии детского и подросткового возраста.

Практические задания

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. В чем состоят трудности определения предметного содержания патопсихологии детского возраста?
2. Каковы основные задачи патопсихологии детского возраста?
3. В чем состоит теоретическое и практическое значение патопсихологии детского возраста?
4. С какими психологическими дисциплинами связана патопсихологии детского возраста? Чем определяются эти связи?
5. С какими клинико-биологическими дисциплинами связана патопсихологии детского возраста?
6. В чем состоят внутриотраслевые связи патопсихологии детского возраста?

Задание 2. Заполните таблицу «Родственные понятия патопсихологии»:

Понятия	***Определение***
Патопсихология	
Психопатология	
Психиатрия	
Клиническая психология	
Психология в здравоохранении	

Задание 3. Охарактеризуйте основные категории патопсихологии детского возраста: предмет и объект. Привести примеры.

Объект патопсихологии детского возраста	Предмет патопсихологии детского возраста

Тема 2. Принципы построения и методы патопсихологического обследования детей

План

1. Исторический обзор диагностических методов клинико-психологического и патопсихологического исследования.
2. Принципы диагностической работы патопсихолога.
3. Патопсихологическая диагностика в клинике.

4. Клинико-психологическая диагностика школьной дезадаптации и пограничных расстройств.

Практические задания

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. Чем отличаются понятия «метод» и «методика»?
2. В чем заключается специфика организации и проведения клинической беседы с детьми и подростками?
3. Что представляет собой анамнестический метод, и какова его роль в исследовании детей и подростков с отклонениями в развитии?
4. В чем состоят ограничения использования проективных методов в патопсихологическом обследовании?
5. Каковы принципы построения патопсихологического обследования детей и подростков?

Практические задания

Задание 1. Проведите анализ основных методов клинико-психологического и патопсихологического исследования по предложенной схеме:

Методы	**Параметры**		
	Сущность метода	*Преимущества метода*	*Недостатки метода*

Задание 2. Какие методы психологии применены в следующих примерах?

Человек помещается в изолированную кабину, в специальном шлеме укрепляются приборы, с помощью которых исследуются биотоки мозга под действием различных раздражителей или состояний организма (бодрствование, сон). Испытуемый перед проведением опыта получает соответствующую инструкцию. Все получаемые показатели фиксируются точной аппаратурой.

1. На основании детских рисунков психолог устанавливает особенности восприятия детьми предметов; тщательно анализируя письменные работы школьников и сопоставляя данные с результатами других экспериментов, исследователь делает выводы об особенностях индивидуального стиля старшеклассников.
2. Шонфельдт и Овенс провели сопоставление сдвигов в интеллектуальном развитии за период с 1919 по 1961 гг. (в 1961 г. их испытуемым исполнилось 60 лет), а затем сравнили полученные характеристики с характеристиками большой группы юношей, которым в 1961 г. исполнилось 18 лет, т.е. столько же, сколько испытуемым первого контингента было в 1919 г. По всем принятым в методике испытаний характеристикам (вербальной, числовой, логической и общей характеристике интеллекта) данные, полученные обоими методами, совпали.
3. Для изучения эмоционального состояния испытуемому предъявляют «страшные» картинки и регистрируют при этом изменения в сопротивлении кожи электрическому току.
4. Изучаются индивидуальные особенности ритмических движений детей. Проводится весёлая игра - «Танец кукол». Всё идёт хорошо, пока группа участвует в общем танце. Дети уверенно двигаются по кругу, делают незамысловатые па. Но вот руководительница предлагает Ларисе выйти на середину круга и танцевать там. Девочка отказывается. Таня, хотя и не отказывается от предложения руководительницы, но, выйдя на середину круга, стоит, растерянно смотрит по сторонам и начинает танцевать лишь с помощью воспитательницы. Только Галя (самая бойкая девочка в группе) начинает танцевать сразу, но её движения неуверенные, чувствуется скованность.
5. Мануйленко З.В. (1948) провела специальное исследование развития произвольного поведения. Объектом исследования было умение ребенка дошкольного возраста произвольно сохранять позу неподвижности. Критерием служило время, на протяжении которого дети могли сохранять такую позу. Исследование состояло из двух серий – при выполнении роли часового в коллективной игре и при прямом задании стоять неподвижно в присутствии всей группы. Полученные результаты очень красноречиво показали, что во всех возрастных группах длительность сохранения позы

неподвижности в ситуации выполнения роли превышает показатели сохранения той же позы в условиях прямого задания. Особенно велико это преимущество у детей 4–6 лет, и оно несколько падает к концу дошкольного возраста.

6. Для изучения индивидуальных особенностей памяти испытуемые заучивают 10 иностранных слов. Протоколист записывает, сколько слов запоминает каждый испытуемый после каждого повторения и сколько требуется повторений, чтобы запомнить все десять слов.

Задание 3. Решить ситуационные задачи.

Больная 50 лет в анамнезе черепно-мозговая травма с потерей сознания, в последние годы – повышение АД, гепатохолицестит, головные боли, утомляемость, плохой сон. Конфликтна, раздражительна, требовательна, эгоистична. Память ослаблена, интересы ограничены физиологическими потребностями и вопросами соматического здоровья, склонна к застреванию на неприятных эмоциональных переживаниях. Какой метод исследования наиболее оправдан для оценки психологического состояния данной пациентки:

А) Наблюдение.

Б) Нейропсихологическое исследование.
В) Патопсихологическое исследование.
Г) Клиническая беседа.

Д) Клинико-психологическое исследование.

Один из пациентов психиатрического стационара постоянно конфликтует с другими больными и персоналом. Какой метод обследования наиболее оправдан для оценки психологического состояния данного пациента?

А) Наблюдение.

Б) Естественный эксперимент.
В) Лабораторный эксперимент.
Г) Клиническая беседа.

Д) Патопсихологическое обследование.

Пациент психиатрического стационара стремится скрыть имеющиеся у него нарушения восприятия, говорит, что он здоров, его ничего не беспокоит. Какой метод обследования наиболее оправдан для оценки психического состояния пациента?

А) Наблюдение.

Б) Естественный эксперимент.
В) Лабораторный эксперимент.

Г) Психодиагностическое тестирование.
Д) Ничего из указанного.

Тема 3. Психологическая характеристика возрастной специфики психических расстройств в детском возрасте

План

1. Виды нарушенного психического развития. Психиатрические классификации дизонтогенеза.
2. Клинико-психологическая классификация типов дизонтогенеза по В.В. Лебединскому.
3. Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья. Уровни возрастного реагирования на воздействие повреждающего фактора.
4. Возрастная специфика в патопсихологии.
5. Возрастно-специфические заболевания, связанные с нарушением психического здоровья: ранний детский аутизм, нервная анорексия и нарушения пищевого поведения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, суицидальное поведение.
6. Проблема дифференциальной диагностики в патопсихологии детского и юношеского возраста.

Практические задания:

Ответьте на вопросы и выполните предложенные задания:

1. В чем заключается сущность феномена отклоняющегося развития?
2. Составьте и заполните таблицу: «Сущность феномена нарушенного развития с точки зрения различных психологических школ».
3. Охарактеризуйте новые классификации отклонений в развитии.
4. Перечислите основные типы психического дизонтогенеза в классификации В.В. Лебединского.
5. Охарактеризуйте основные параметры психического дизонтогенеза.
6. Что представляют собой первичные нарушения?
7. Какова природа вторичных отклонений?
8. Охарактеризуйте особенности взаимосвязей первичных и вторичных нарушений.
9. Вспомните из курса «Возрастная психология» понятие закономерностей психического развития. Проанализируйте подходы различных авторов к выделению специфических закономерностей психического дизонтогенеза. Результаты отразите в таблице.

Автор	*Общие закономерности психического дизонтогенеза*	*Специфические закономерности психического дизонтогенеза*

10. Для чего необходимо различать общие и специфические закономерности психического развития в онтогенезе и при нарушенном развитии?
11. Раскройте содержание параметров дизонтогенеза при недоразвитии?
12. Охарактеризуйте различные степени умственной отсталости.

Заполните таблицу «Особенности психическогоразвития детей с умственной отсталостью».

Типы умственной отсталости	Особенности познавательной сферы	Особенности личности	Особенности деятельности
Дебильность			
Имбецильность			
Идиотия			

13. Какие существуют подходы к психологической диагностике и коррекции нарушенных психических функций при олигофрении?
14. Раскройте содержание параметров дизонтогенеза при ЗПР?
15. В чем сущность этиопатогенетического принципа, лежащего в основе классификации ЗПР?
16. Охарактеризуйте различные формы ЗПР.
17. Заполните таблицу: «Особенности психики детей с разными формами задержки психического развития».

Форма ЗПР	Особенности познавательной сферы	Особенности личности	Особенности деятельности
Конституциональная			
Соматогенная			
Психогенная			
Церебрально-органическая			

18. Дифференциально-диагностические критерии отграничения олигофрении от ЗПР.
19. Какие психологические механизмы лежат в основе РДА?
20. Опишите особенности развития восприятия, моторики, мышления, памяти, речи у детей с РДА?
21. Чем объясняется парадоксальное сочетание опережающих возрастных норм развития, мыслительных операций, односторонних способностей и интересов, с одной стороны, и несостоятельность в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий, установлении контактов, с другой стороны?
22. Составьте схему «Специфика аффективных нарушений аутичных детей».
23. Дайте определение понятия «нервная анорексия».
24. Охарактеризуйте основные причины и механизмы формирования нарушений пищевого поведения.

25. Опишите этапы формирования и клинические стадии нервной анорексии.
26. Охарактеризуйте основные клинические проявления нервной анорексии.
27. Решите задания в тестовой форме:
28. Перечислите основные диагностические критерии СДВГ
29. Какие механизмы лежат в основе СДВГ?
30. Охарактеризуйте основные формы проявления СДВГ.
31. Докажите, что самоубийства являются одной из наиболее серьезных общественных проблем. Приведите примеры.
32. Раскройте понятия: «суицид», «суицидальная попытка», «суицидальное поведение».
33. Что входит в структуру суицидального поведения?
34. Приведите типологии самоубийств.
35. Каковы возрастные особенности суицидального поведения?
36. Как суицидальное поведение объясняется психологическими теориями?

Тема 4. Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии. Клинико-психологическая характеристика аффективных нарушений в детском и подростковом возрасте

План

1. Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами
2. Невротические реакции и неврозы как область научно-практической деятельности в психологии аномального развития.
3. Психологическая характеристика аффективных нарушений в детском возрасте.
4. Акцентуации характера и психопатии.
5. Клинические особенности и типы юношеских депрессий
6. Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте.

Практические задания

Ответьте на вопросы и выполните предложенные задания:

1. Дайте определение понятию «школьная дезадаптация».
2. Заполните таблицу: «Подходы к содержанию понятия «школьная дезадаптация».

№ п/п	Автор	Понятие «школьная дезадаптация»

3. Ответьте на вопрос: тождественны ли понятия «трудности в обучении» и «школьная дезадаптация»? Поясните свой ответ.
4. Какие причины вызывают школьную дезадаптацию?
5. Какое влияние оказывает школьная дезадаптация на эмоционально-личностную сферу детей и подростков? Приведите примеры.
6. Что такое невроз? Каковы причины его возникновения? Почему в настоящее время неврозы являются одним из самых распространенных нарушений?
7. Перечислите основные признаки невротического расстройства? Какие виды неврозов выделены и описаны учеными?
8. Охарактеризуйте основные виды невротических расстройств, которые могут возникнуть в детском и подростковом возрасте. Какие причины лежат в основе их возникновения?
9. Какие особые виды невротических расстройств могут возникнуть в детском и подростковом возрасте?
10. Раскройте природу энуреза и энкопреза. О наличии каких проблем у ребенка могут свидетельствовать эти нарушения?
11. Чем может быть вызвана у ребенка склонность к патологическим навязчивым действиям?
12. Что понимают под аффективными расстройствами? Какие нарушения относятся к этой группе расстройств?
13. Раскройте основные признаки маниакального синдрома. С чем связано его возникновение?
14. Что такое депрессия? Какие признаки свидетельствуют о том, что человек находится в депрессивном состоянии? Что такое депрессивный синдром?

15. К появлению какого вида девиантного поведения может привести депрессивный синдром?
16. Какие особенности в проявлении аффективных расстройств в детском возрасте отмечают ученые?
17. Какие возрастные особенности в проявлении страхов описаны в психологии?
18. Могут ли в детском и подростковом возрасте возникать депрессии и мании?
19. С чем связано возникновение аффективной возбудимости?
20. Каким образом проявляется тревожно-фобическое расстройство?
21. Какие виды депрессии отмечаются в юношеском возрасте? Раскройте специфику каждого из них. Существует ли специфика в протекании депрессии в юношеском возрасте в сравнении с периодом взрослости?
22. Что понимают под дисморфофобией? Каковы причины ее возникновения? Каким образом она проявляется в поведении юношей и подростков?
23. Определите, что такое характер и как он может быть связан с дисгармонией развития.
24. Объясните, в чем отличие психопатии от акцентуации характера.
25. Перечислите возможные формы психопатий по этиологии возникновения.
26. Назовите основные клинические подходы к выделению групп психопатических расстройств (П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков).
27. Опишите классификацию акцентуаций характера и психопатий применительно к детскому возрасту К. Леонгарда.
28. В чем отличие классификации А. Е Личко от классификации К. Леонгарда?

Тема 5. Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии.

План

1. Клинико-психологический синдром при шизофрении в детском и подростковом возрасте.
2. Клинико-психологический синдром при эпилепсии в детском и подростковом возрасте.

Практические задания:

Ответьте на вопросы:

1. Какое значение имеет слово «шизофрения» при буквальном переводе с греческого и латинского языка на русский? Перечислите и опишите основные признаки шизофрении.
2. На протяжении какого времени должны проявляться основные признаки шизофрении для того, чтобы был поставлен соответствующий диагноз?
3. Каковы причины возникновения шизофрении? В каком возрасте чаще всего отмечается ее появление?
4. Охарактеризуйте основные виды шизофрении. Какие виды выделены в зависимости от темпа течения?
5. Что понимают под позитивными (продуктивными) и негативными симптомами шизофрении?
6. Какие трудности в протекании познавательных процессов наблюдаются при шизофрении? Что такое резонерство? Неологизмы?
7. Какие изменения эмоционального плана возникают при шизофрении? Почему людям, страдающим шизофренией, дали такую метафорическую характеристику: «Они родились с двойной порцией мозгов, но с половиной сердца»?

Раскройте особенности течения шизофрении в детском и подростковом возрасте. Какие признаки свидетельствуют о проявлении шизофрении в детском возрасте? Какие – вподростковом?

8. Почему диагноз «шизофрения» может быть выставлен детям, начиная с 10-летнего возраста?
9. Какие признаки свидетельствуют об эпилепсии? На протяжении какого времени они должны проявляться, чтобы был поставлен соответствующий диагноз? Каковы причины возникновения этого расстройства?
10. Что такое эпилептический припадок? Какие виды эпилептических припадков различают

ученые?

11. Каков механизм возникновения эпилептических припадков? Что такое эпилептогенный очаг? Влияет ли на протекание эпилептического припадка то, в каком отделе головного мозга расположен эпилептогенный очаг?

12. Какие виды (формы) эпилепсии выделены учеными? Дайте описание каждой из них.

Какие изменения в протекании познавательных процессов отмечаются при эпилепсии?

Какой познавательный процесс при этом страдает наиболее сильно?

13.Что такое резонерство? Проявляется ли это нарушение при эпилепсии?

Отмечаются ли при эпилепсии изменения личностного и мотивационного плана? Если – да, то - какие? Охарактеризуйте их.

14.Какие виды (формы) эпилепсии чаще всего отмечаются в детском и подростковом возрасте? В чем заключаются отличия в их протекании по сравнению с периодом взрослости?

Задания для самостоятельной работы:

Задание 1. Подготовьте конспект и подготовьтесь к его обсуждению на занятии: Кононова М.П. Шизофрения // Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. -: Кононова М.П. Эпилепсия//Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.,

«Когито-Центр», 2001. – С. 128-148.

Задание 2. Решите задачи:

Задача 1. Больная К., 17 лет. С 15 лет наблюдаются состояния, когда внезапно возникает возбуждение, страх, выкрикивает бессмысленные фразы в течение нескольких часов, затем амнезирует случившееся.

На протяжении последних 4 лет больную 6 раз помещали в психиатрический стационар. В промежутках между приступами практически здорова, работает. Обыкновенно состояние меняется резко, внезапно меняется настроение, затем наступает возбуждение. Сознание при этом помрачено, контакту недоступна, куда-то стремится, речь бессвязная, выкрикивает отдельные слова. Состояние полностью амнезирует. Вне приступов отмечается медлительность, обстоятельность мышления. В беседе с врачом ласкова, приветлива.

Определить синдром и диагноз.

Задача 2. Николай, 15 лет. Дядя по линии матери страдал эпилепсией. В родах накладывали щипцы. Развитие навыков своевременное. До настоящего времени ночной энурез. Воспитывался дома, так как в детсаду капризничал; постоянно плакал. В возрасте 4 лет в течение года наблюдались состояния, когда голова и туловище внезапно падали вперед, иногда при этом больной поднимал руки вверх и в сторону. Последующие три года отмечалась ремиссия. В школе учился удовлетворительно, отличался исполнительностью, «все делал, как велела учительница». В пубертатный период успеваемость снизилась, требовал у матери денег, любил тщательно раскладывать марки по альбомам, никому не разрешая смотреть их. Через несколько месяцев после ушиба головы внезапно упал в классе, были тонические и клоническиесудороги, сознание вернулось через 5 минут. Позже стали отмечаться состояния, при которых внезапно замолкал, взгляд фиксирован в одну точку, производил жевательные движения, причмокивал, о происходящем с ним не помнил. Они наблюдались по 3–4 раза в месяц. С 13 летстал более раздражительным, грубым, а с другой стороны — подчеркнуто заботливым, вежливым, пунктуальным. В беседе излишне детализирует, застревает на мелочах, использует уменьшительные и ласкательные слова. Любит поучать; с врачами вежлив, корректен, с мед-

236 сестрами — груб. Издевается над младшими детьми, злопамятен. Неоднократно наблюдались состояния с потерей сознания, сопровождающиеся генерализованными тонико- клоническими судорогами или судорожное заведение глаз с жевательными и глотательными движениями.

Определить синдром и диагноз.

Задача 3. Больной Ф., 18 лет. Мать умерла от туберкулеза легких. Отец алкоголик, в состоянии опьянения избивал ребенка до потери сознания. Родился недоношенным. Рос хилым, болезненным.

До года часто «заходился в плаче, синел». С раннего детства отличался педантичностью, медлительностью, «серьезностью в делах». В школу пошел 8 лет, окончил 9 классов и ПТУ. Работает плотником. С 12 лет наблюдаются состояния, когда становится беспричинно злобен, агрессивен, «убегал от людей», приходил тихий, просил прощения. С 14 лет появились судорожные припадки с потерей сознания, падал на занятиях, в мастерской, не помнил, что с ним происходило. С этого же времени почти регулярно принимал противосудорожные препараты. В характере больного появились угодливость, слащавость, усилилась педантичность «исполнительность», которые иногда сменялись злобностью, жестокостью несдержанностью. Как-то был оставлен на сверхурочную работу. Внезапно молотком стал ломать полированный шкаф, разбросал его обломки. Не узнавал окружающих, что-то бессвязно выкрикивал. Внезапно застывал, бессмысленно озирался и вновь бегал по цеху. Сопротивлялся попыткам задержать его, угрожал молотком. Так же внезапно минут через 15–20 остановился, присел, уснул. Проснувшись, ничего не помнил, не верил рассказу сотрудников.

Определить синдром и диагноз.

Задача 4. Света С., 14 лет, ученица 7-го класса. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла бойкой, подвижной, общительной девочкой: была нежно привязана к матери. В школу пошла с семи лет, училась легко. Увлекалась музыкой, танцами. До седьмого класса была «радостью в семье, нежной и заботливой дочерью».

Довольно внезапно летом изменилось поведение: стала груба, раздражительна, ничего не сказав родным, часто пропадала из дому. Посещала компанию «хиппи», одевалась соответственно, начала курить, домой приходила пьяная. Все попытки матери поговорить с дочерью, образумить ее, наталкивались на холодность, грубость. При этом дочь цинично бранилась, угрожала физической расправой. После резкого разговора неделю не жила дома. Заявила, что сожительствует с мужчинами, что вскоре, возможно, выйдет замуж. Отказывалась посещать школу. Неоднократно жестоко избивала мать, требуя денег на сигареты, вино; резала ее платье, пытаясь сшить себе модные наряды. Направлена в психиатрическую клинику.

Психическое состояние: контакт формальный. Психически больной себя не считает, требует немедленной выписки. Грозит уходом из отделения. Считает свое поведение обычным: «Мне так нравится, я так хочу жить». В отделении груба, развязна. Выпрашивает у больных сигареты, подговаривает к уходу из клиники. Эмоционально холодна. На свидании с матерью груба, цинично бранится, требует забрать ее домой, грозит «вспомнить ей все дома». Без эмоций и стеснения рассказывает об интимных отношениях с мужчинами, собирается вскоре выйти замуж. Реальных планов на будущее нет, учиться не будет, «буду встречаться с компанией».

Определить синдром и диагноз.

Задача 5. Больной З., 17 лет. Отец злоупотреблял алкоголем; злой, раздражительный, грубый. Мать мнительная, чувствительная. Больной — единственный ребенок в семье. В детстве развивался нормально. Учиться начал с 7 лет, зная к этому времени простейшие математические действия, умея читать. Учился охотно, отлично успевая по всем предметам. Всегда был робок, застенчив, обидчив, но обидами ни с кем не делился. Предпочитал уединение с книгой. Нередко родные заставали его после прочтения очередной книги о чем-то мечтающим, задумчивым. В 9-м классе резко понизилась успеваемость, хотя так же подолгу просиживал за подготовкой к занятиям. Учителя говорили матери, что стал аморфно высказывать свои мысли, отказывался от ответа. Пояснил матери, что не может сосредоточиться, что при подготовке к экзаменам «мысли куда-то уходят, отвлекаются, не может сосредоточиться». Все так же много читал, но круг интересов изменился: стал прочитывать собрания сочинений русских классиков: Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстого, А. П. Чехова, от первого до последнего томов, интересовался библией, философией. Вечерами делал из этих книг какие-то выписки в общую тетрадь, не разрешая читать ее родным. Стал жаловаться на головную боль, быструю утомляемость, колебания настроения без повода и «как бы отдельно от меня». Изменилось отношение к родным: мог накричать на мать, обругать ее, как-то пообещал убить, если она будет мешать ему заниматься изучением классиков. Был направлен на консультацию к психиатру. При беседе сообщил, что стремится разобраться «в целях жизни и предначертании человека». Мир своих переживаний раскрывает неохотно, отрывочно, иногда злобно предлагает «узнать все у мамочки, которая так воспитала». В отделении ни с кем не общается, отказывается от выполнения даваемых ему поручений, от прогулок, объясняя, что не может «растрачивать зря время, данное на познание». Груб с матерью, если она на свидание не принесла очередной том классика, зло требует немедленно разыскать его и тут же принести,

отказывается взять у нее передачу, пока она не выполнит его требования. Планы на будущее неопределенны, расплывчаты: «О чем думать, если я еще не закончил познание». От приема лекарств категорически отказывается.

Определить синдром и диагноз.

Задание 3. Посмотрите фильм «Игры разума». Обратите внимание на то, какие нарушения психики отмечаются у главного героя, который страдает шизофренией. Подготовьтесь к обсуждению на занятии.

Задание 4. Подготовьте реферативное сообщение на тему «Знаменитые люди с нервно-психическими расстройствами» (Вид нервно-психического расстройства студент выбирает самостоятельно).

Тема 6. Особенности организации консультативной работы и коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей и подростков с нарушениями психического развития

План

1. История развития методов психологической коррекции детей с проблемами в развитии.
2. Теоретические и методологические проблемы психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии.
3. Определение психологической коррекции.
4. Принципы психологической коррекции.
5. Классификация видов психологической коррекции.
6. Теоретические модели психологической коррекции.
7. Методологические и теоретические основы разработки психокоррекционных технологий для детей с проблемами в развитии.
8. Виды психологической и психотерапевтической помощи при тяжелых психических расстройствах: эндогенных психозах и аффективной патологии
9. Виды коррекционной работы в рамках пограничной патологии детского возраста
10. Принципы коррекционно-педагогической деятельности.
11. Становление и развитие коррекционной педагогики как науки.
12. Нормативно-правовая база коррекционно-педагогического процесса в общеобразовательной школе.
13. Психолого-медико-педагогическая консультация (комиссия) и ее роль в предупреждении и коррекции отклонений в развитии и поведении ребенка.
14. Государственная система специальной (коррекционной) поддержки и социальной защиты детей и подростков.

Практические задания:

Задание 1. Ответьте на вопросы:

1. Дайте определение понятию «психологическая коррекция».
2. Охарактеризуйте различные виды и формы психологической коррекции.
3. Какой вид/форма психологической коррекции на ваш взгляд является наиболее эффективной в работе с детьми, имеющими отклонения в развитии? Аргументируйте свой ответ. Приведите примеры.
4. Дайте определение понятию «педагогическая коррекция».
5. Охарактеризуйте основные направления коррекционно-педагогической деятельности.
6. Какие виды специальных (коррекционных) образовательных учреждения для детей с ОВЗ функционируют в нашей стране? В чем заключается специфика их деятельности?
7. Какова роль психолого-медико-педагогической комиссии в предупреждении и коррекции отклонений в развитии и поведении ребенка?

Задание 2. Занятие проводится в форме научно-практического семинара.

Студенты делятся на 4 подгруппы, каждая из которых представляет коррекционно-развивающий комплекс для детей и подростков с одним из вариантов отклонений в развитии.

Внутри каждой подгруппы выделяются следующие роли:

Докладчик, задача которого – представить коррекционно-развивающий комплекс (актуальность, цель, задачи, целевая группа, методы и формы работы, предполагаемые результаты); дать определение основным понятиям, используемым в коррекционно-развивающем комплексе (к следующему семинарскому занятию сдает доклад).

Содокладчик, задача которого – показать эффективность и результативность коррекционно-развивающего комплекса, сославшись на данные эмпирических исследований; проиллюстрировать выступление докладчика примерами (к следующему семинарскому занятию сдает дополнения к докладу и иллюстративный материал).

Оппонент, задача которого – задать вопросы представителям других подгрупп относительно обсуждаемого коррекционно-развивающего комплекса (к следующему семинарскому занятию сдает список вопросов, протоколирует ответы).

Эксперт, задача которого – дать оценку выступления подгруппы, к которой он относится, свое мнение аргументировано изложить в отчете (к следующему семинарскому занятию сдает отчет).

Задания для самостоятельной работы:

Задание 1. Разработайте и представьте «Проект ПМПК»: сформулируйте цели, укажите структуру, составьте план работы ПМПК.

Самостоятельная работа

Тема 1. Предмет, содержание и основные понятия патопсихологии детского возраста

Задание 1. Составьте схему: «Социальная значимость патопсихологии детского возраста».

Задание 2. Всем известен афоризм «В здоровом теле – здоровый дух». Означает ли это, что в больном теле здорового духа быть не может? Подготовьте аргументированное сочинение-рассуждение. Приведите примеры.

Тема 2. Принципы построения и методы патопсихологического обследования детей

Задание 1. Подготовить и представить в виде презентации подробное описание одного из методов патопсихологического обследования детей и подростков. В литературе найти исследования, в которых применяются данные методы, и показать какие результаты могут быть получены при их использовании.

Тема 3. Психологическая характеристика возрастной специфики психическихрасстройств в детском возрасте

Задание 1. Перечислите основные критерии нормы, используемые в психологии, и дайте их характеристику»:

Критерий нормы	Характеристика

Задание 2. Решите задачи:

Задача 1. Маша М., 11 лет, ученица 3 класса средней общеобразовательной школы. Девочка – пятый ребёнок в семье, её старшие братья и сёстры учатся в средней школе. Успеваемость у всех низкая, но с программой справляются.

Будучи ученицей первого класса, Маша прошла ПМПК, где было дано заключение «ЗПР», на основании которого она была переведена во второй класс коррекционно-развивающего обучения. Девочка повторно обучалась во втором классе, не освоив программу. На повторное прохождение ПМПК отец ребёнка согласия не дал (мамы в семье нет). В третьем классе девочка демонстрировала хроническую неуспеваемость, однако отец настаивал на продолжении обучения в этой школе, высказывал угрозы в адрес учителей и администрации, озвучивая намерение обратиться в суд. На беседы с педколлективом являлся в нетрезвом виде, уверял в наличии особых «связей» с политиками.

В период обучения в третьем классе у Маши, ранее неконфликтной и исполнительной, возникли стойкие нарушения поведения. Преобладающим стал подавленный фон настроения (тогда как в младшем возрасте фон настроения был, скорее, эйфоричным); в общении с детьми ученица вела себя агрессивно, сквернословила; стремилась обидеть (в классе занимает положение отвергаемого). Учителю периодически дерзила, стараясь избегать при этом визуального контакта; стала отказываться выполнять задания, ссылаясь на головную боль и сонливость. Учителя младшей школы несколько раз застали девочку за курением в туалете.

Учебные навыки на момент повторного обучения в 3 классе следующие: послоговое чтение без понимания прочитанного, списывание с характерными дисграфическими ошибками. Навык письма под диктовку не сформирован. Речь бедная, аграмматичная, нарушено звукопроизношение группы свистящих и шипящих. С элементарным рассказом по картине и серии сюжетных картин ученица справляется.

Вопрос: Квалифицируйте состояние ребёнка. Какова, по Вашему мнению, природа нарушений поведения?

Задача 2. В психоневрологическом стационаре на лечении находится пациент Саша Б., 4 лет. Ребёнок наблюдается и получает помощь амбулаторно в течение 3 лет; дважды в год направляется на плановую госпитализацию. Мальчик пребывает в стационаре вместе с матерью.

На занятиях у ребёнка полевое поведение. Он мечется по кабинету, людей игнорирует. Может вскарабкаться по любому присутствующему, если его внимание привлечено каким-нибудь предметом наверху. Его привлекают пособия и игрушки типа сортеров и классификаторов, а также песочные часы. Он быстро и, чаще, безошибочно выполняет соответствующие манипуляции по классификации предметов и продолжает хаотичное перемещение по кабинету. При этом ребёнок издаёт звуки, напоминающие птичий щебет. В определённый момент пребывание в кабинете прекращает занимать мальчика, он просится на руки мамы и отдельными звуками, а также щипками и постукиваниями требует, чтобы та направилась к выходу.

Вопрос: Квалифицируйте состояние ребёнка. Как бы Вы организовали коррекционное занятие с ребёнком? К каким способам установления контакта Вы бы прибегли? Перечислите, какие коррекционные задачи необходимо реализовать. Каков прогноз в данном случае?

Задача 3. Наташа С., 3 года, обследуется в условиях психиатрического стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни известно, что мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течение первого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. В настоящее время девочка должна быть переведена из Дома ребенка вДетский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из двух-трех слов. При патопсихологическом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять й положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы из 4 — 5 слов. Составление рассказа по

картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок на уровне каракуль. Доступно выполнение 1-й «Доски Сегена» методом проб и ошибок. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истощаемость, неустойчивость внимания. При проведении обучающего эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

Вопрос: Какое нарушение развития можно предположить? В каком типе дошкольного учреждения надо находиться девочке?

Задача 4. Толя Л., 14 лет. Испытуемый направлен на судебно-психологическую экспертизу с целью определения соответствия возрасту. Из материалов уголовного дела известно, что испытуемый обвиняется в краже из ларька, совершенной в группе с более старшими подростками. В школьной характеристике указано, что Толя дублировал 1-ий 2-й класс, не успевает по нескольким предметам, часто прогуливает занятия. Физическое развитие замедлено, рост и вес ниже нормы, половое созревание не началось. При патопсихологическом обследовании отмечается, что внимание испытуемого неустойчиво, отношение к заданиям избирательное.

Работоспособность неравномерная, отмечаются кратковременные фазовые колебания внимания. Механическое запоминание успешно: 5, 7, 8, 10. Доступно выполнение исключений, обобщений, аналогий. Невербальный интеллект соответствует норме, вербальный — нижняя граница нормы. Креативность крайне низкая. При описании картин ТАТ отсутствует прогноз дальнейшего развития ситуации.

Самооценка слабо дифференцирована, самооценочные суждения незрелые, зависят от мнения более старших подростков из своей компании. Уровень притязаний низкий, неустойчивый. Круг интересов ограничен, познавательные интересы не развиты, преобладает игроваямотивация. Эмоции крайне лабильны. Отмечается высокая внушаемость.

Вопрос: Какой тип нарушений психического развития отмечается в данном случае? Соответствует ли психическое и. личностное развитие испытуемого паспортному возрасту?

Задача 5. Подросток 15 лет совершил суицидальную попытку, после которой через полицию попал в приёмный покой психиатрической больницы.

Наряд полиции и скорую помощь вызвала девушка, перед окнами которой молодой человек пытался повеситься на собственном нижнем белье. По словам девушки, неделю назад между ними произошло объяснение, в котором она отказала молодому человеку в отношениях иобщении (у них было несколько свиданий, за которые девушка убедилась, что драматический монолог автобиографического содержания ей не интересен).

Девушка услышала звон камешков об окно (она жила на 2 этаже). Выглянув, она обнаружила своего знакомого под деревом. Он поприветствовал её, изготовил петлю из белья, поднялся на дерево, закрепил удавку и соскользнул с ветки. Узел развязался. Плотность людей во дворе увеличилась. Второй раз обломилась ветка. Третий раз был прерван нарядом полиции.

В беседе с врачом подросток уверял, что расстаться с жизнью не хочет, и это был досадный инцидент, так как молодой человек слишком поддался чувствам.

Вопрос: Проявлением какого расстройства может быть данный случай? С чем необходимо провести дифференциальную диагностику? Какими методами диагностики Вы бы воспользовались?

Задача 6. Девушка, 17 лет, ученица 11 класса СОШ. Ночью просыпается, идет на кухню и начинает поедать все продукты, попадающиеся ей под руку. Останавливается только через час или два, или если не может найти больше никакой пищи. Приступы обжорства стали появляться на протяжении пяти лет. Терапевт направил ее на амбулаторное лечение у психиатра по поводу переедания, связанного с депрессией. Перед приступом наблюдалось чувство выраженного напряжения, а после наступало расслабление в сочетании с ощущением стыда и отчаяния. За год до обращения к врачу частота приступов увеличилась до двух или трех в неделю. Обычно вставала ночью после нескольких часов сна. После поедания всего, что она могла найти, чувствовала, что объелась, но рвоты никогда не было. Ее вес был нестабильным, она пыталась поддерживать его в пределах нормы только с помощью голодания между приступами переедания. Отрицательно относилась к полноте, но при этом никогда не была стройной. Ее приступы переедания привели к отчаянию. Решила покончить с собой, приняв большую дозу снотворных таблеток. С учебой пациентка справлялась хорошо. При осмотре выглядит спокойной и сдержанной. Настроение слегка снижено, заплакала, описывая свои трудности. Никаких психотических расстройств отмечено не было.

Вопрос: квалифицировать состояние.

Задача 7. Девушка В., 15 лет. Последний ребенок в семье, единственная девочка, «последняя надежда и радость родителей». С детства ее воспитывали эгоцентрически-гиперсоциально. В подростковом возрасте гиперопека достигла степени подавления всякой самостоятельности и инициативы (за нее все делали и решали родители). В 13 лет девочка стала тяготиться сверхконтролем родителей и братьев, появился выраженный интерес к мальчикам. В период становления менструального цикла из худенькой грацильной девочки стала превращаться в полную девушку, что было отмечено ее одноклассниками. Стала ограничивать себя в пище, составляла растительные диеты, а в 15 лет, по сути отказалась от приема пиши. Тревогародителей в связи со значительным исхуданием девочки заставила их обратиться к психиатру. *Вопрос: квалифицировать состояние.*

Задание 3. Решить задания в тестовой форме:

1. Кто из перечисленных ученых впервые описал чрезвычайно подвижного ребёнка, назвав его «непоседа Фил»?

А) немецкий врач ХоффманБ)
доктор Левин

В) психолог ЗапорожецГ)
дефектолог Певзнер

2. Год появления термина «гипердинамический синдром»:

А) 1938

Б) 1950

В) 1970

Г) 1968

3. В каком году впервые описаны нарушения поведения, которые сегодня получили название СДВГ:

А) 1902

Б) 1918

В) 1930

Г) 1845

4. Выделите год, в котором впервые термин «ММД» появился в литературе и использовался для описания поражений головного мозга, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения:

А) 1959

Б) 1978

В) 1980

Г) 1994

5. Риск развития СДВГ обусловлен:

А) перинатальной и постнатальной патологией;

Б) генетическими механизмами;

В) потреблением некоторых пищевых добавок;

Г) все варианты верны

6. С какого возраста можно диагностировать СДВГ:

А) с рождения

Б) в подростковом возрасте;

В) у взрослых людей

Г) с позднего дошкольного или школьного возраста

7. Для установления диагноза СДВГ необходимо наблюдение за ребенком в течении:

А) часа Б) месяца

В) полугода

Г) нескольких дней

8. Диагноз СДВГ может поставить:

А) психолог

Б) невролог В) педагог

Г) дефектолог

9. Установите соответствие:

1. Клиницист Хеллер	1. «История неугомонного Филиппа»
2. Доктор Г. Гоффман	2. «Моральный дефект»
3. Врач Дж. Ф. Стилл	3. Концепция "экзогенного ребенка",
4. Доктор А. Штраус	4. «Очерк лечебной педагогики»

11. Вставьте пропущенное слово:

…….. второй по значимости признак синдрома гиперактивности и дефицита внимания после нарушения внимания.

Задание 4. Проведите процедуру психологической диагностики суицидального поведения на 2- х испытуемых с помощью методик: тест выявления суицидального риска у детей А.А. Кучер, В.П. Костюкевич; методика диагностики суицидального поведения Горской М.В. Подготовьте психологическое заключение.

Тема 4. Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии. Клинико-психологическая характеристика аффективных нарушений в детском и подростковом возрасте

Задание 1. Заполните таблицу:

«Клинико-психологическая характеристика психопатий»

Варианты психопатий	Причины	Клинико-психологическая характеристика
Конституциональные психопатии:		
шизоидная психопатия		
эпилептоидная психопатия		
циклоидная психопатия		
психастеническая психопатия		
истерическая психопатия		
Органические психопатии:		
возбудимая (эксплозивная) психопатия		
бестормозной тип психопатии		

Задание 2. Составьте схему: «Формирование неврозов у детей и подростков». *Ответить на вопросы: В чем состоят психологические механизмы формирования невроза? Какие виды неврозов наблюдаются в детском и подростковом возрасте?*

Задание 3. Составьте схему: «Разграничение психопатий и акцентуаций характера».

Задание 4. Решите задачи:

Задача 1. Зоя Л. Ученица 3-го класса. Обратилась мама с жалобой на навязчивые движения у дочери – стремление выдергивать волосы. Учится девочка хорошо, в школе поведение примерное. Со слов мамы, родилась девочка недоношенной, в течение первого года жизни состояла на учете у

невропатолога. Росла несколько медлительной, однако все навыки осваивала своевременно. Тяжело переживала поступление в детский сад, долго привыкала. С детьми общительная, но обидчивая, долго не может помириться после ссоры. В школу пошла вовремя, учится хорошо, стремится к лидерству, но некоторая медлительность и обидчивостьне позволяют занять желаемое положение в классе. В последнее время появились навязчивые движения – выдергивание волос, которое усиливается при просмотре волнующих ее телепередач, тревогах.

При патопсихологическом обследовании отмечается снижение работоспособности, медленный темп сенсомоторики, истощаемость по гипостеническому типу. Объем внимания и переключаемость несколько недостаточны. Механическое запоминание – в границах нормы. Мышление логично, последовательно. Отмечается некоторая инертность эмоциональных состояний. Самооценка адекватная. Отмечается внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и страхом быть не на высоте.

Вопрос: В чем причина указанного состояния Зои? Какие можно дать рекомендации?

Задача 2. Маша С., 7 лет. Девочка на осмотре будущих первоклассников перед поступлением в школу обратила на себя внимание «мальчишеской» одеждой, короткой стрижкой. Называет себя в мужском роде: «Я пошел, я сделал». По документам и фактически является девочкой, с точки зрения педиатра – здорова. Из беседы с мамой выяснилось, что девочка примерно с 3 – 4 лет называет себя «он – Миша», считает себя мальчиком, играет только с машинами, танками, солдатиками. Любые попытки «перевоспитания» были безуспешными. В связи с такими нарушениями девочка не посещала дошкольное учреждение. Педиатр считает эти проявления «дефектом воспитания» и не рекомендовал никаких консультаций. При психологическом обследовании нарушений со стороны психических процессов не обнаружено, запас знанийсоответствует возрастной норме, интеллект – в границах нормы. При самооценке значимые параметры «силы», «настойчивости», «умение драться».

Вопросы: Какая возможная причина состояния девочки? Консультация каких специалистов желательна? Как можно решить школьные проблемы?

Задача 3. Света Е., 8 лет. Обратилась мать девочки с жалобами на то, что девочка плохо засыпает, в течение всего дня у нее повышенная сонливость, вялость, слезливость. Часто жалуется на боли в сердце, желудке, разных частях тела, которые усиливаются перед контрольными работами.

Испытывает значительные трудности при подготовке домашних заданий. Приступает к выполнению уроков только вечером, в присутствии мамы, быстро утомляется, и резко замедляет темп выполнения заданий. Неуспех в учебе вызывает слезливость, головные боли.

При патопсихологическом обследовании отмечается истощаемость по гипостеническому типу: замедление темпа деятельности при незначительном увеличении количества ошибок. Недостаточны объем и переключаемость внимания. Механическое запоминание несколько затруднено. При выраженной истощаемости возможна «обратная кривая» запоминания: 4, 6, 8, 6, 5. Смысловое запоминание успешно. Мышление не нарушено.

Самооценка занижена, особенно по фактору «здоровье», «работоспособность». Уровень притязаний низкий. Эмоциональные реакции лабильны. Произвольная регуляция деятельности недостаточна, при затруднениях – чаще пассивные отказы от какой-либо деятельности. В методике «Несуществующее животное» – уменьшение размера рисунка и количества деталей, преобладание элементов защиты.

Вопрос: Какая возможная причина состояния девочки? Объясните свой ответ.

Задача 4. Аня М, 14 лет. Девочка обратилась к психологу самостоятельно с жалобой на трудности общения с подругами и мальчиком. Из беседы с девочкой выяснилось, что у нее часто (иногда несколько раз в день) меняется настроение. Она часто плачет, обижается в ответ на любые изменения тона подруги, нерегулярные телефонные звонки мальчика. Эти колебания настроения продолжаются и дома, в зависимости от отношений с родителями и младшим братом, прослушанной музыки, просмотренной телепрограммы и т д. Успеваемость в школе хорошая, но неровная, так как выполнение заданий зависит от настроения.

При патопсихологическом обследовании отмечается незначительная истощаемость психических процессов по гипостеническому типу. Внимание несколько неустойчиво. Механическое и смысловое запоминание успешно. Интеллект и мышление – в границах нормы. Самооценка

адекватна, дифференцирована, с отчетливыми представлениями о мнении окружающих. При обследовании по ПДО отмечается высокий уровень лабильности, превышение уровня сенситивности над МДЧ, высокий уровень феминности.

Вопрос: В чем причина особенностей общения у Ани? В каких мероприятиях она нуждается? Является ли ее состояние заболеванием?

Задача 5. Ирина Ю., 13 лет. Обратилась в психологическую консультацию мать девочки с жалобой на нарушение поведения у дочери – поздние возвращения домой, общение с неизвестными маме друзьями. Девочка родилась своевременно, росла и развивалась нормально. В детстве легко адаптировалась к детям, коллективу, охотно посещала детский сад с 3 лет. В школе в начальных классах успевала на отлично, теперь на «4» и «5». Постоянно участвует в различных кружках, секциях. В последнее время занимается в секции водного туризма. Мать не одобряет этого увлечения, считает, что девочка могла бы заняться чем-то более спокойным: шитьем, вязанием и т. д. При психологическом обследовании девочка быстро вступает в контакт, с интересом относится к заданиям. Темп сенсомоторики быстрый. Нарушений со стороны психических процессов не обнаружено. Интеллект – высокая норма. Самооценка высокая, дифференцирована, при положительном отношении к окружающим, к миру в целом. При обследовании по ПДО – высокий уровень гипертимности, стремление к эмансипации.

Вопросы: Какие причины такого поведения девочки? Что можно посоветовать ее маме?

Задача 6. Тима О., 13 лет. Обратилась мама с жалобой на недостаточную активность сына, его малообщительность, отличие от более активных и «деловых» сверстников. Семья полная. Ребенок рос и развивался нормально, в школу пошел вовремя. С учебой справляется, но выражены предпочтения определенных учителей.

От отношений к учителям зависит интерес к предмету. С одноклассниками дружит мало. Есть один друг во дворе. Мальчик плохо переносит разлуку с домом, семьей, поездки в оздоровительный лагерь и т.д.

При психологическом обследовании отмечается незначительная истощаемость погипостеническому типу. Других нарушений со стороны психических процессов не обнаружено. Интеллект – в границах нормы. Самооценка адекватная, зависит от мнения окружающих. При описании картин ТАТ – очень высокая чувствительность к эмоциям, межличностным отношениям персонажей. Выражена привязанность к матери, старшей сестре. По методике ПДО – высокий уровень сенситивности, низкая конформность, превышение феминности над маскулинностью.

Вопросы: В чем причины особенностей поведения и общения? Что можно посоветовать маме?

Задача 7. Юрий П., 16 лет. Вырос в дружной семье. Хорошо учился в английской школе до последнего класса. Отличался веселым нравом общительностью, живостью, увлекался спортом, охотно участвовал в общественной работе, был председателем школьного клуба.

Последние несколько недель изменился. Без причины ухудшилось настроение, «напала какая- то хандра», все стало валиться из рук, учиться стал с трудом, забросил общественную работу, занятия спортом, перессорился с товарищами. После занятий сиднем сидел дома. Иногда спорил с отцом, доказывая, что «в жизни нет правды». Ухудшились сон и аппетит. В эти дни ему случайно попался под руку научно-популярный журнал со статьей о вреде онанизма. Так как сам тайком занимался мастурбацией, но ранее не придавал этому значения, теперь решил бросить, но обнаружил, что «не хватает воли». Подумал, что его ждут «импотенция, сумасшествие и слабоумие». В эти же дни в школе на общем комсомольском собрании был подвергнут товарищами суровой критике за развал общественной работы, которой ранее руководил. Один из одноклассников назвал его «плесенью общества». На собрании сперва огрызался, потом смолк. Понял, что он — «неполноценный человек». Возникла мысль о самоубийстве. Вернувшись домой из школы выждал ночи и, когда родители уснули, принял 50 таблеток мепробамата. Оставил записку, где написал, что он — «духовно нищий человек» виноват перед школой и государством.

Из реанимационного центра был доставлен в подростковое отделение психиатрической больницы. Здесь в первые же дни состояние внезапно и резко изменилось, хотя антидепрессантов не получал. Настроение стало слегка повышенным, сделался общительным, активным, легко вступал в контакт, был полон энергии. Не понимал, что с ним было, «без всякой причины нашла какая-то хандра». Теперь же все прошло, настроение исправилось, рад, что остался жив. Суицидную попытку

оценивает критически. Чувствует себя хорошо, аппетит даже повышен, сон стал крепким и спокойным. Скучает по родным, по школе и товарищам. Стремится продолжать учебу.

Катамнез через 2 года. Успешно окончил школу, учится в институте. Отмечает, что после выхода из больницы бывали «плохие периоды» длительностью в 1–2 недели и повторявшиеся каждые 1–2 месяца. К моменту катамнеза эти колебания сгладились.

Вопрос: В чем причины особенностей поведения и общения? Объясните свой ответ.

Задача 8. Егор Ч., 15 лет. Из хорошей, дружной семьи. Мать склонна к чрезмерной опеке сына. С детства отличался пугливостью. В возрасте полутора лет, после того, как испугался включенного пылесоса, появилось заикание. Посещал специализированный детский сад для детей с нарушениями речи — к 6 годам заикание полностью исчезло. Был застенчив, играть любил с девочками. В 7 лет — легкая черепно-мозговая травма без последствий. В школе учился хорошо, старательно, но был робок, нерешителен. Постоянно тревожился за мать, отца, старшую сестру — как бы с ними чего-нибудь не случилось плохого. Если мать опаздывала с работы — бежал из дому ее встречать.

С 12 лет появились первые навязчивости. После того как тайком от старших прочитал брошюру о венерических болезнях, стал бояться заразиться ими — начал часто мыть руки. С того же возраста — онанизм. Сперва подолгу мыл руки после мастурбации, затем — всякий раз, когда появлялись «плохие мысли» или чтобы «избавиться от неприятностей». С 14 лет перед окончанием восьмилетней школы появилась масса других навязчивостей. Перед уходом в школу выполнял ряд ритуалов — чтобы не получить неудовлетворительной отметки, чтобы не случилось ничего плохого. Одевался в строго определенной последовательности, несколько раз дотрагивался до выключателя, шел в школу по строго определенному маршруту. Считал «счастливой» цифру три — символ удовлетворительной отметки, а также символ троих самых дорогих ему людей — матери, отца и старшей сестры. Появилась страсть к самоанализу — подолгу раздумывал о мотивах своих поступков, желаний и т.п. За онанизм подвергал себя «наказаниям» — не смотрел интересующую его передачу по телевизору. Тяготился придуманными им ритуалами, но избавиться от них не мог — их исполнение, по его словам, давало «разрядку внутреннего напряжения». Никогда не выполнял ритуалов при посторонних или старался замаскировать их под необходимые или случайные действия. Например, будучи госпитализирован в соматическую больницу, вместо того, чтобы часто мыть руки, только дотрагивался до мыла или водопроводного крана. Учился хорошо. Общался с товарищами, но близкого друга найти не мог. Был влюблен в одноклассницу, но старался никак не показать свои чувства. Иногда даже нарочито пренебрегал общением с нею. Увлекался чтением классической литературы, любил слушать классическую музыку. В 15 лет сам попросил мать отвести его к психиатру, чтобы избавиться от мучивших его навязчивостей и от онанизма. После рациональной психотерапии и лечения меллерилом навязчивости значительно ослабли — по словам больного, «их стало легко маскировать от посторонних». При неврологическом, соматическом и электроэнцефалографическом обследовании — без отклонений. Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный — психастенический и сенситивный — тип. Признаков, указывающих на возможность психопатии, не отмечено. Конформность умеренная, реакция эмансипации слабая. Имеется высокая откровенность в выборе ответов, что свойственно психастеническому типу. Склонности к делинквентности не обнаружено. Отмечено выраженное отрицательное отношение к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка недостаточная: черт никакого типа не выделилось. Однако достоверно отвергает черты типов меланхолического (что часто встречается у здоровых подростков), неустойчивого (что наиболее присуще психастеническим подросткам) и гипертимного (склонность к субдепрессивным состояниям). Катамнез через 2 года. Успешно окончил 10 классов школы, хотел поступать в вуз. Однако перед конкурсными экзаменами навязчивости усилились настолько, что мешали к ним готовиться. Часами выполнял различные ритуалы. После психотерапии и лечения элениумом принял решение отказаться от попытки поступления — навязчивости почти прекратились. Поступил на работу и на подготовительное отделение в институт.

Вопрос: В чем причины особенностей поведения и общения? Объясните свой ответ.

Задача 9. Рома Н., 14 лет, поступил в детское отделение. С детства боязливый, тревожный, засыпает только при свете, боится грозы, до 10 лет страдал энурезом. Избегает компании сверстников, играет больше со своей собакой. В школе всегда был «козлом отпущения». Товарищей не было, на переменах уходил подальше от детей, так как они издевались над ним, называли «плаксой». В отделении боится обследований, шприца. Во время бесед понятлив, не по годам сообразителен. По малейшему поводу рыдает, приходит в отчаяние. При исследовании интеллекта, несмотря на

нормальные умственные способности, проявляет неверие в свои силы, плачет. При решении задач очень старается, но все валится у него из рук. Как только встречается пустяковая трудность, отказывается продолжать свои усилия.

Вопрос: квалифицировать состояние.

Задача 10. Больной А., 16 лет. С детства был замкнутым, тихим, играть любил один. С 6 лет просил мать не водить его в детский сад, охотно оставался дома, элементарно себя обслуживал. Друзей не имел. К матери был привязан, ласков, но переживаниями с ней не делился. После окончания 8 классов, сам выбрал себе ПТУ, где 188 готовили краснодеревщиков. Хорошо успевал по специальности, но пренебрегал общими предметами. Держался особняком. По словам матери в последнее время стал вести себя странно, уходил из дома по вечерам, иногдане приходил ночевать. При расспросах отмалчивался, озлоблялся. Мать проследила, что у него появился немолодой мужчина, который приходил за ним в ПТУ, назывался родственником. Мать заподозрила гомосексуальную связь, пациент озлобился. Никаких объяснений не дал. В подростковой психиатрической клинике держался обособленно, был молчалив, никаких гомосексуальных наклонностей не проявил. Однажды неожиданно набросился на соседа по палате и стал его избивать. Во время беседы крайне напряжен и подозрителен. Постепенно удалось установить контакт. Объяснил, что побил соседа за то, что тот пристал к нему с «неприличным предложением», а он же «из-за подозрений в больницу попал». Гомосексуальное влечение отрицал. С девочками не знакомился, потому что стесняется. Встречи с мужчиной были, по его словам, на чисто деловой почве: познакомились в кино, тот предложил ему дома починить старую мебель, туда он и ходил по вечерам. К матери относится тепло, жалеет ее, однако раздражает, что она сует нос в его дела. Близкого друга не было, хотя мечтает иметь такого. Катамнез: ПТУ бросил по неясной причине. Сперва работал на мебельной фабрике, но затем работу бросил, почему — матери не объяснил. Ведет непонятный образ жизни: уходит неизвестно куда до поздней ночи, дважды исчезал на 2–3 суток. При расспросах молчит, не выдержав, начинает швырять в мать чем попало. Но во время болезни матери не отходил от нее, заботливо ухаживал.

Вопрос: квалифицировать состояние.

Задача 5. Олег А. Ученик 1-го класса. Обратилась учительница с жалобой на нарушения поведения: отказывается выходить из класса на переменах, участвовать в занятиях физкультурой, иногда не отвечает у доски. Успеваемость неравномерная: хорошо дается математика, чтение, при грамматически правильном письме, устойчиво необычный почерк. Из беседы с родителями выяснилось, что мальчик на неоднократные попытки отдать его в детский сад реагировал крайне болезненно и поэтому воспитывался дома. Рано научился говорить, охотно общается со взрослыми, интересуется астрономией, знает все созвездия. К школе относится с интересом, но до сих пор не знает ни одного из своих одноклассников по имени. Движения неловкие, до сих пор мать помогает ему одеваться, а иногда и кормит. При психологическом исследовании контакт устанавливается не сразу, только после разговора об астрономии. Однако страха, стеснительности испытуемый не проявляет. Отношение к заданиям неравномерное – от некоторых пассивные отказы, некоторые выполняются с интересом. Механическое запоминание успешно. Работоспособность равномерная. Внимание не нарушено. «Исключения» и «обобщения» иногда выполняются по слабым признакам:

«Лодка, тачка и велосипед похожи – двигаются при помощи человека, а мотоцикл от них отличается – ему нужен бензин»; с помощью – правильные решения. Описания картин ТАТ эмоционально не насыщены, часто выдвигаются 2 – 3 версии происходящего. «Несуществующее животное» черного цвета на колесах, но не роботообразное. Самооценка (по методике «Лесенка самооценок») слабо дифференцирована, отсутствует представление об отношении к себе со стороны окружающих, выражено негативное отношение к одноклассникам: «Шумят, пристают, толкаются, вообще глупые». Школьная тревожность средняя, возникает в ситуациях ответа на уроке, занятиях на физкультуре. Уроки физкультуры вызывают отвращение и содержанием – трудно выполнять гимнастические упражнения, ловить мяч и т. д., и тем, что одноклассники смотрят на него, не нравится и процесс переодевания. Отмечается легкий страх физического контакта.

Вопрос: С чем связаны нарушения поведения у Олега? Какие можно рекомендовать мероприятия?

Задача 11. Роман В. Ученик 3-го класса Обратилась мать в связи с непонятным для нее поведением сына. На каникулах ребенок отказывался от некоторых прогулок, экскурсий. Однажды, когда мать купила ему новую рубашку, он разорвал ее на клочья и выбросил в окно. Мальчик не разрешает

матери убирать в его комнате, переставлять вещи. По словам учительницы, Роман очень аккуратный, средних способностей, учится неравномерно. В классе охотно выполняет одно общественное поручение – поливает и выращивает растения. Иногда бывают малопонятные вспышки гнева; если дерется с ребятами, с трудом может остановиться. Любит командовать более слабыми и младшими ребятами. При психологическом исследовании отмечается затрудненная врабатываемость, инертность психических процессов. Объем и переключаемость внимания несколько недостаточны. Механическое и смысловое запоминание успешно. Уровень обобщения – возрастная норма. Самооценка несколько завышена. Школьная тревожность низкая. «Несуществующее животное» изображается в виде динозавра с большим количеством шипов и зубов. Испытуемый признает свою любовь к порядку, дисциплине. Свое поведение дома объясняет тем, что мама делает все быстро, не предупреждая его заранее о прогулках, покупках и т. д. Жалуется на иногда возникающую злость, злопамятность.

Вопрос: С чем связаны нарушения поведения у Романа? Какие можно дать рекомендации?

Задача 12. Лена П. Ученица 5-го класса. Обратился классный руководитель с жалобой на резкое снижение успеваемости, постоянно подавленное настроение и плаксивость девочки. Из беседы с мамой выяснилось, что девочка росла и развивалась нормально. Приблизительно с 7 лет стали проявляться колебания настроения и самочувствия: периоды веселья, высокой работоспособности сменяются спадами активности, жалобами на свое здоровье, снижением настроения. В последнее время эти колебания стали более выраженными и длительными – до 3

– 4 недель. При этом Лена пытается усердно учиться, сидит часами за уроками, часто плачет, жалуется, что стала «тупой», «неспособной». Тяжело переживает появившиеся «2» и «3» по некоторым предметам.

При патопсихологическом обследовании отмечается легкое снижение работоспособности, медленный темп сенсомоторных реакций. Объем и концентрация внимания не нарушены, но привлечь внимание к выполнению заданий достаточно сложно. Механическое запоминание успешно. Уровень обобщения не снижен, искажений мышления не отмечается. При описании картин ТАТ – проекция идей самообвинения. По «шкале дифференцированных эмоций» преобладают эмоции тоски, страха, вины. Самооценка резко занижена, но девочка считает, что окружающие относятся к ней лучше, чем она того заслуживает.

Вопрос: С чем связаны нарушения поведения у Лены? Что можно порекомендовать?

Задача 13. Пациентка 25 лет педагог обратилась к психиатру. Начиная, с подросткового периода у неё бывают эпизоды состояния грусти, временами она чувствовала себя хорошо, но эти периоды редко длились более 2 недель. Говоря про свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы.

Вопрос: Назовите описанный синдром. При каких расстройствах он наблюдается?

Задание 5. Провести Диагностическое исследование личности с помощью «Методики Х. Шмишека», опросника «ПДО», «Методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга». Подготовить клинико-психологическое заключение.

Цель: выявление типов акцентуаций характера и психопатий (к следующему семинарскому занятию студенты представляют количественный и качественный анализ полученных результатов).

1. Проанализировать профили личности, полученные на основе обследования по методикам: «Опросник Х. Шмишека», «ПДО».
2. Описать доминирующие подъемы по 10 шкалам опросника Х. Шмишека, находящихся в «зоне патологии»; 10 факторам ПДО, превышающим «минимальное диагностическое число».
3. Соотнести выявленные на основе данных психодиагностических процедур типы акцентуаций и психопатий.

К. Леонгард, Х. Шмишек	А.Е. Личко
	Астено-невротический
Дистимический	

Демонстративный	Истероидный
	Неустойчивый
	«Женственность-мужественность»
Застревающий	
Педантический	Психастенический
	Шизоидный
Гипертимический	Гипертимический
Возбудимый	Эпилептоидный
Тревожно-мнительный	Сенситивный
Циклотимический	Циклоидный
Экзальтированный	Лабильный
Эмотивный	Лабильный
	Конформный

4. Дать характеристику выявленных акцентуаций по схеме: главные черта типа; детство; пубертатный период; увлечения; сексуальные влечения; самооценка; реакции эмансипации; реакции группирования; особенности общения и поведения; черты, привлекательные для общения; черты, отталкивающие и способствующие конфликту; ситуации, в которых возникает конфликт; предпочтительная деятельность; признаки экспрессдиагностики психотипа (внешность, манера держаться и двигаться).

Учесть, что в описании выявленной акцентуации необходимо отразить тип ее выраженности (явная или скрытая).

5. Описать варианты психопатий (если таковые имеются). Обосновать выводы фактическими данными, то есть расположением в диапазонах психопатий по усредненным данным методик. Описать выявленные психопатии, ориентируясь на выраженность критериев:

- тотальность проявлений;
- стабильность проявлений;
- уровень «социальной дезадаптации».

6. Охарактеризовать природу психопатий:

- органическая;
- конституциональная.

7.Определить уровень депрессии:

- состояние без депрессии;
- легкая депрессия ситуативного или невротического генеза;
- субдепрессивное состояние или маскированная депрессия;
- истинное депрессивное состояние; глубокое снижение настроения.

Тема 5. Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии.

Задание 1. Подготовьте конспект и подготовьтесь к его обсуждению на занятии: Кононова М.П. Шизофрения // Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. -: Кононова М.П. Эпилепсия//Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.,

«Когито-Центр», 2001. – С. 128-148.

Задание 2. Решите задачи:

Задача 1. Больная К., 17 лет. С 15 лет наблюдаются состояния, когда внезапно возникает возбуждение, страх, выкрикивает бессмысленные фразы в течение нескольких часов, затем амнезирует случившееся.

На протяжении последних 4 лет больную 6 раз помещали в психиатрический стационар. В промежутках между приступами практически здорова, работает. Обыкновенно состояние меняется резко, внезапно меняется настроение, затем наступает возбуждение. Сознание при этом помрачено, контакту недоступна, куда-то стремится, речь бессвязная, выкрикивает отдельные слова. Состояние

полностью амнезирует. Вне приступов отмечается медлительность, обстоятельность мышления. В беседе с врачом ласкова, приветлива.

Определить синдром и диагноз.

Задача 2. Николай, 15 лет. Дядя по линии матери страдал эпилепсией. В родах накладывали щипцы. Развитие навыков своевременное. До настоящего времени ночной энурез. Воспитывался дома, так как в детсаду капризничал; постоянно плакал. В возрасте 4 лет в течение года наблюдались состояния, когда голова и туловище внезапно падали вперед, иногда при этом больной поднимал руки вверх и в сторону. Последующие три года отмечалась ремиссия. В школе учился удовлетворительно, отличался исполнительностью, «все делал, как велела учительница». В пубертатный период успеваемость снизилась, требовал у матери денег, любил тщательно раскладывать марки по альбомам, никому не разрешая смотреть их. Через несколько месяцев после ушиба головы внезапно упал в классе, были тонические и клоническиесудороги, сознание вернулось через 5 минут. Позже стали отмечаться состояния, при которых внезапно замолкал, взгляд фиксирован в одну точку, производил жевательные движения, причмокивал, о происходящем с ним не помнил. Они наблюдались по 3–4 раза в месяц. С 13 летстал более раздражительным, грубым, а с другой стороны — подчеркнуто заботливым, вежливым, пунктуальным. В беседе излишне детализирует, застревает на мелочах, использует уменьшительные и ласкательные слова. Любит поучать; с врачами вежлив, корректен, с мед-

 сестрами — груб. Издевается над младшими детьми, злопамятен. Неоднократно наблюдались состояния с потерей сознания, сопровождающиеся генерализованными тонико- клоническими судорогами или судорожное заведение глаз с жевательными и глотательными движениями.

О*пределить синдром и диагноз.*

Задача 3. Больной Ф., 18 лет. Мать умерла от туберкулеза легких. Отец алкоголик, в состоянии опьянения избивал ребенка до потери сознания. Родился недоношенным. Рос хилым, болезненным. До года часто «заходился в плаче, синел». С раннего детства отличался педантичностью, медлительностью, «серьезностью в делах». В школу пошел 8 лет, окончил 9 классов и ПТУ. Работает плотником. С 12 лет наблюдаются состояния, когда становится беспричинно злобен, агрессивен, «убегал от людей», приходил тихий, просил прощения. С 14 лет появились судорожные припадки с потерей сознания, падал на занятиях, в мастерской, не помнил, что с ним происходило. С этого же времени почти регулярно принимал противосудорожные препараты. В характере больного появились угодливость, слащавость, усилилась педантичность «исполнительность», которые иногда сменялись злобностью, жестокостью несдержанностью. Как-то был оставлен на сверхурочную работу. Внезапно молотком стал ломать полированный шкаф, разбросал его обломки. Не узнавал окружающих, что-то бессвязно выкрикивал. Внезапно застывал, бессмысленно озирался и вновь бегал по цеху. Сопротивлялся попыткам задержать его, угрожал молотком. Так же внезапно минут через 15–20 остановился, присел, уснул. Проснувшись, ничего не помнил, не верил рассказу сотрудников.

Определить синдром и диагноз.

Задача 4. Света С., 14 лет, ученица 7-го класса. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла бойкой, подвижной, общительной девочкой: была нежно привязана к матери. В школу пошла с семи лет, училась легко. Увлекалась музыкой, танцами. До седьмого класса была «радостью в семье, нежной и заботливой дочерью». Довольно внезапно летом изменилось поведение: стала груба, раздражительна, ничего не сказав родным, часто пропадала из дому. Посещала компанию «хиппи», одевалась соответственно, начала курить, домой приходила пьяная. Все попытки матери поговорить с дочерью, образумить ее, наталкивались на холодность, грубость. При этом дочь цинично бранилась, угрожала физической расправой. После резкого разговора неделю не жила дома. Заявила, что сожительствует с мужчинами, что вскоре, возможно, выйдет замуж. Отказывалась посещать школу. Неоднократно жестоко избивала мать, требуя денег на сигареты, вино; резала ее платье, пытаясь сшить себе модные наряды. Направлена в психиатрическую клинику.

Психическое состояние: контакт формальный. Психически больной себя не считает, требует немедленной выписки. Грозит уходом из отделения. Считает свое поведение обычным: «Мне так нравится, я так хочу жить». В отделении груба, развязна. Выпрашивает у больных сигареты, подговаривает к уходу из клиники. Эмоционально холодна. На свидании с матерью груба, цинично бранится, требует забрать ее домой, грозит «вспомнить ей все дома». Без эмоций и стеснения

рассказывает об интимных отношениях с мужчинами, собирается вскоре выйти замуж. Реальных планов на будущее нет, учиться не будет, «буду встречаться с компанией».

Определить синдром и диагноз.

Задача 5. Больной З., 17 лет. Отец злоупотреблял алкоголем; злой, раздражительный, грубый. Мать мнительная, чувствительная. Больной — единственный ребенок в семье. В детстве развивался нормально. Учиться начал с 7 лет, зная к этому времени простейшие математические действия, умея читать. Учился охотно, отлично успевая по всем предметам. Всегда был робок, застенчив, обидчив, но обидами ни с кем не делился. Предпочитал уединение с книгой. Нередко родные заставали его после прочтения очередной книги о чем-то мечтающим, задумчивым. В 9-м классе резко понизилась успеваемость, хотя так же подолгу просиживал за подготовкой к занятиям. Учителя говорили матери, что стал аморфно высказывать свои мысли, отказывался от ответа. Пояснил матери, что не может сосредоточиться, что при подготовке к экзаменам «мысли куда-то уходят, отвлекаются, не может сосредоточиться». Все так же много читал, но круг интересов изменился: стал прочитывать собрания сочинений русских классиков: Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстого, А. П. Чехова, от первого до последнего томов, интересовался библией, философией. Вечерами делал из этих книг какие-то выписки в общую тетрадь, не разрешая читать ее родным. Стал жаловаться на головную боль, быструю утомляемость, колебания настроения без повода и «как бы отдельно от меня». Изменилось отношение к родным: мог накричать на мать, обругать ее, как-то пообещал убить, если она будет мешать ему заниматься изучением классиков. Был направлен на консультацию к психиатру. При беседе сообщил, что стремится разобраться «в целях жизни и предначертании человека». Мир своих переживаний раскрывает неохотно, отрывочно, иногда злобно предлагает «узнать все у мамочки, которая так воспитала». В отделении ни с кем не общается, отказывается от выполнения даваемых ему поручений, от прогулок, объясняя, что не может «растрачивать зря время, данное на познание». Груб с матерью, если она на свидание не принесла очередной том классика, зло требует немедленно разыскать его и тут же принести, отказывается взять у нее передачу, пока она не выполнит его требования. Планы на будущее неопределенны, расплывчаты: «О чем думать, если я еще не закончил познание». От приема лекарств категорически отказывается.

Определить синдром и диагноз.

Задание 3. Посмотрите фильм «Игры разума». Обратите внимание на то, какие нарушения психики отмечаются у главного героя, который страдает шизофренией. Подготовьтесь к обсуждению на занятии.

Задание 4. Подготовьте реферативное сообщение на тему «Знаменитые люди с нервно-психическими расстройствами» (Вид нервно-психического расстройства студент выбирает самостоятельно).

6. Критерии оценивания результатов освоения дисциплины (модуля)

6.1. Оценочные средства и критерии оценивания для текущей аттестации

6.1. Критерии оценивания результатов обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций

Для оценивания результатов обучения в виде **ЗНАНИЙ** используются следующие процедуры и технологии:

– устный ответ на вопрос(ы) или индивидуальное собеседование,

– тестирование.

Для оценивания результатов обучения в виде **УМЕНИЙ и ВЛАДЕНИЙ** используются следующие процедуры и технологии:

– решение ситуационных задач,

– написание клинико-психологического заключения,

~ разработка и представление проекта коррекционно-развивающей программы для детей и подростков с аномалиями психического развития;

– написание реферата.

I. Шкала оценивания участия в устном опросе на практическом занятии

Студент демонстрирует сформированность компетенций на итоговом уровне, обнаруживает систематическое и глубокое знание учебного материала, усвоил основную литературу и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой, умеет свободно выполнять практические задания, предусмотренные программой, свободно оперирует приобретенными знаниями, умениями, применяет их в ситуациях повышенной сложности.	Отлично.
Студент демонстрирует сформированность компетенций на среднем уровне: основные знания, умения освоены, но допускаются незначительные ошибки, неточности, затруднения при аналитических операциях, переносе знаний и умений на новые, нестандартные ситуации.	Хорошо
Студент демонстрирует сформированность компетенций на базовом уровне: в ходе контрольных мероприятий допускаются значительные ошибки, проявляется отсутствие отдельных знаний, умений, навыков по некоторым компетенциям, испытывает значительные затруднения при оперировании знаниями.	Удовлетворительно
Студент демонстрирует сформированность компетенций на уровне ниже базового, проявляет недостаточность знаний, умений, навыков. Проявляется практически полное отсутствие	Неудовлетворительно

знаний, умений, навыков.	

II. 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.

Тестовое задание

1. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень, как временного, так и стойкого характера:
   a) ретардация
   b) регрессия
   c) распад
   d) асинхрония

2.Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается запаздывание или приостановка психического развития:
   a) ретардация
   b) регрессия
   c) распад
   d) асинхрония

3.В основе аномального развития лежат:
   a) интеллектуальные дефекты
   b) физические дефекты
   c) органические и функциональные нарушения нервной системы и периферические нарушения определенного анализатора

4.Установить соответствие:

Степени умственной отсталости (по МКБ 10):

a) F 70	1. умственная отсталость глубокая
b) F 71	2. умственная отсталость тяжелая
c) F 72	3. умственная отсталость легкой степени
d) F 73	4.умственная отсталость умеренная
	5. умственная отсталость отсутствует

5.Теорию системного строения дефекта выдвинул:
   a) В.И. Лубовский
   b) В.В. Лебединский
   c) Л.С. Выготский
   d) С.Я.Рубинштейн

6.Физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития это:
   a) дефект
   b) дизонтогенез
   c) патологическая фиксация

7.Сложность структуры аномального развития заключается в наличии:
   a) психических нарушений
   b) первичных и вторичных нарушений
   c) физических нарушений
   d) вегетативных нарушений

8.Вторичные нарушения возникают под влиянием:
   a) первичного дефекта
   b) социальных условий
   c) природной среды

9.Важной закономерностью аномального развития является:

a) физиологические изменения в организме
b) соотношение первичных и вторичных нарушений
c) психические нарушения
d) социальная изоляция

10. К положительным возможностям ребенка в процессе аномального развития можно отнести:
a) проявления парадоксальности развития
b) специфические особенности развития
c) наличие компенсаторных механизмов
d) возраст ребенка

11. Установить соответствие:

Клинический диагноз:	Вид дизонтогенеза:
a) олигофрения	1) искаженное развитие;
b) резидуальная деменция	2) психическое недоразвитие;
c) церебрастения	3) поврежденное развитие.
d) ранний детский аутизм	4) дефицитарное развитие
e) детский церебральный паралич	
f) психопатия	5) дисгармоничное развитие
	6) задержанное развитие
g) акцентуация характера	
h) невропатия	

12. К параметрам дизонтогенеза относят:
a) функциональная локализация и время возникновения дефекта
b) сила повреждающего воздействия
c) причины нарушений в развитии
d) скорость протекания нарушений в развитии

13. Характер дизонтогенеза зависит от определенных психологических параметров, кроме:
a) особенностей функциональной локализации нарушения
b) времени поражения
c) взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом
d) неблагоприятных условий социальной жизни

14. При задержке психического развития имеет место:
a) грубое нарушение познавательной деятельности
b) целостное нарушение психической сферы
c) неравномерность формирования психических функций
d) низкие показатели обучаемости

15. Ранний детский аутизм характеризуется:
a) наличием психопатии
b) другой последовательностью формирования психических функций
c) поздним временем наступления дефекта
d) отсутствием речи

16. Термин олигофрения был предложен:
a) Л.С. Выготским
b) Э. Крепелином
c) М.С. Певзнер
d) В.В. Лебединским

17. К основным отличиям УО от ЗПР относят (указать два верных ответа):
a) отсутствие абстрактного мышления
b) низкий навык самоконтроля
c) необратимость интеллектуальных нарушений
d) не умение удерживать условия интеллектуальной задачи

18. Сложная ответная реакция индивида на факт внутренних нарушений, препятствующая возможной утрате целостности и потере равновесия с окружающей средой, называется:
a) коррекция
b) компенсация
c) декомпенсация
d) псевдокомпенсация

19. Установить соответствие:

Классификация детей с ЗПР (по К.С. Лебединской)	Характерные нарушения
a) конституциональный вариант	1) корковые дисфункции
b) психогенный вариант	2) эгоцентризм
c) соматогенный вариант	3) отклонения в поведении
d) церебрастенический вариант	4) отставание в физическом развитии
	5) несформированность понятийного мышления

20. Сочетание двух и более первичных дефектов, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности в обучении и воспитании ребенка:
    a) сложный
    b) первичный
    c) вторичный
21. В основу классификации задержки психического развития Лебединской К.С. был положен _____принцип, означающий совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни (вставить недостающее).

22. Неблагоприятные условия воспитания, препятствующие правильному формированию личности, способны вызывать ЗПР следующего происхождения:
    a) церебростенического
    b) психогенного
    c) саматогенного
    d) конституционального
23. Общим для ЗПР церебрально-органического происхождения является наличие:
    a) органических поражений сложных и поздно формирующихся мозговых систем
    b) периферических нарушений отдельных анализаторов
    c) диспропорциональности психики
    d) минимальной мозговой дисфункции
24. Акцентуации характера представляют собой:
    a) крайнюю границу психической нормы;
    b) обязательное проявление характера;
    c) неправильную форму развития характера;
    d) патологию формирования характера.
25. Возмещение недоразвитых или нарушенных психических функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций называется_____(вставить недостающее).
26. Понимание проблемы компенсации как синтеза биологического и социального фактора принадлежит:
    a) В.П. Кащенко
    b) А.А. Адлеру
    c) Л.С. Выготскому
    d) В.В. Лебединскому
27. Определите тип Акцентуации характера (Классификация К. Леангарда):
Характеризуется обязательностью, надежностью, порядочностью, ровным настроением. Приэтом могут быть «занудливыми», дотошно перепроверять себя и других, проявлять нерешительность в неопределенных ситуациях.

    a) Гипертимический
    b) Дистимический
    c) Циклотимический
    d) Педантичный
    e) Тревожный
    f) Эмотивный
    g) Демонстративный
    h) Возбудимый
    i) Экзальтированный
    j) Неуравновешенный

28. Основателем патопсихологии в России является:
   a) А.Р. Лурия
   b) Л.С. Выготский
   c) А.Н. Леонтьев
   d) Б.В. Зейгарник

29. При шизофрении, как правило, отмечается следующее нарушение в протекании психических процессов:
   a) бред, бредовые идеи
   b) навязчивые идеи
   c) сверхценные идеи
   d) неспособность к решению математических задач

30. Отдельный признак, который проявляется при нарушении той или иной высшей психической функции, - это:
   a) система
   b) фактор
   c) симптом
   d) синдром

31. При эпилепсии обычно отмечается следующее нарушение мышления:
   a) резонерство
   b) агнозия
   c) амнезия
   d) астения

32. В зависимости от уровня интеллекта выделено несколько форм олигофрении, а именно:
   a) 2
   b) 3 (при этом одна форма подразделяется еще на две)
   c) 5
   d) 4

33. Особенностью речи больных шизофренией является:
   a) использование слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами
   b) растянутая речь
   c) наличие неологизмов
   d) частое использование деепричастий

34. Если у взрослого или у ребенка в поведении проявляется демонстративность, приступы плача, обидчивость и падение в обморок в том случае, если что-то идет не так, как им хотелось бы, то для них характерно наличие следующего вида невроза:
   a) неврастения
   b) истерический невроз
   c) обсессивно-фобический невроз
   d) энурез

35. Отличие фобии от страха заключается в том, что:
   a) фобия является слишком сильной реакцией страха на относительно безопасные предметы в окружающем мире
   b) фобия представляет собой естественную реакцию страха на такие предметы в окружающем мире, которые являются действительно опасными
   c) фобия выступает как защитная реакция человека по отношению к некоторым объектам окружающего мира
   d) фобия не имеет отношения к какому-либо конкретному предмету окружающего мира, она размыта, связана с чувством тревоги

III. Критерии оценивания решения ссituационных задач

1. Этап: практический анализ ситуации,определение проблемы.

2. Этап: определение проблемных узлов (возможные причины и прогнозируемые последствия развития ситуации).

3. Этап: Условное прогнозирование развития ситуации.

- Определение окончательной гипотезы, формулировка решения ситуации, обязательна опора на принципы профессиональной этики.

- Определение способов и методов коррекционного воздействия.

- Формулировка итоговых выводов.

4. Этап: Решение – ответ строится в соответствии с примерным планом:

- анализ ситуации, с примерами из задания, доказательствами из теоретического материала по учебным дисциплинам, обязательное использование профессиональных терминов. Если есть необходимость проанализировать ошибочные или правильные действия участников (обоснованная личная позиция приветствуется).

- предлагаемые варианты действий, обоснованные теоретически и, желательно, подкрепленные практическим личным опытом.

- прогноз вероятностного развития ситуации, обоснованный и доказательный.Критерии оценки:

Оценка «5» (отлично) выставляется в случае полного рассмотрения вопроса, аргументированного выражения своей позиции, отсутствия ошибок, грамотного текста, точность формулировок и т.д.;

Оценка «4» (хорошо) выставляется в случае полного выполнения всего объема работ при наличии несущественных ошибок, не повлиявших на общий результат работы и т.д.;

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется в случае недостаточно полного рассмотрения проблемы, при наличии ошибок, которые не оказали существенного влияния на окончательный результат.;

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется в случае, если тема не раскрыта, работавыполнена крайне небрежно и т.д.

IV. Правила написания клинико-психологического заключения

Подобно тому, как не может быть стандартного набора методик, так невозможно и стандартное построение заключения. Каждое заключение пишется с учетом поставленных перед психологом задач и не может рассматриваться вне клинического запроса.

Как правило, заключение содержит общую и итоговую части.

Общая часть:

1. Основные данные о клиенте (ФИО, возраст на момент обследования.).
2. Основные жалобы и претензии со стороны клиента/родителей, педагогов, других лиц.
3. Анамнестические данные.
4. Специфика внешнего вида и «рисунка» поведения клиента в процессе обследования, в том числе характер его эмоционального реагирования, общая мотивация, отношение к процедуре обследования, так и к результатам собственной деятельности (критичность клиента и его адекватность).
5. Качественная оценка сформированности регуляторной сферы.
6. Подробная оценка операциональных характеристик деятельности в различные моменты обследования (в том числе и их динамический аспект).
7. Особенности развития различных компонентов когнитивной сферы, в том числе психических процессов и функций (память, речь и мышление), с кратким описанием наиболее специфичных результатов выполнения тех или иных заданий, методик (как качественных, так, и по возможности, и количественных). Желательно здесь же соотнести выявленные особенности с уровнем сформированности системыпространственных представлений.
8. Результирующая характеристики уровня интеллектуального развития клиента с учетом имеющихся особенностей развития (мотивации, темпа деятельности и т.п.).
9. Специфические характеристики аффективной, эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения и их соотнесение с «профилем»

уровней базовой аффективной регуляции.

Итоговая часть (заключение):

1. Психологический диагноз.
2. Вероятностный прогноз развития.
3. Рекомендации по дальнейшему сопровождению клиента.

Примечание:

Психологический диагноз вытекает из:

- анализа результатов углубленной психологической диагностики, в том числеобучаемости клиента;
- анализа анемнестических данных;
- анализа поведения клиента и специфики внешних особенностей поведения в целом (а не только в процессе обследования) оценки таких важных неспецифических диагностических критериев, как критичность, адекватность.
  В психологический диагноз входит и краткое описание таких важных составляющих,

как:

- уровень общего психического тонуса, психической активности и работоспособности;

Вероятностный прогноз развития – это предполагаемый путь и динамика развития клиента, его дальнейшие перспективы и чувствительность к коррекционно-компенсаторныхвоздействиям.

Рекомендации – наиболее важный раздел заключения. Они представляют обоснованную последовательность включения в работу с клиентом тех или иных специалистов, определение ведущего направления, последовательность собственно психологической работы (использование тех или иных программ, хотя бы приблизительное определение длительности и формы развивающей и коррекционной работы).

Заключение пишется в двух экземплярах. Это необходимо для того, чтобы при повторных обращениях клиента или необходимости научного обобщения и обработки данных у психолога была реальная возможность проанализировать полученные ранее психологические данные.

В случае необходимости к заключению прилагается протокол. Конкретные данные (ответы больного, результаты субтестов и т.д.) обычно приводятся только для иллюстрации или объяснения подхода к интерпретации. Заключение составляется после тщательного обдумывания по заранее составленному плану.

При составлении заключения не следует забывать, что психолог не формулирует клинический диагноз, а описывает испытуемого в терминах психологической науки. Заключение не констатирует психический статус клиента, а выделяет присущие обследуемому психологические особенности.

Оценка/Баллы	Критерии
«Отлично»	Соблюдены все требования по написани заключения. Допускаются незначительны отклонения.
«Хорошо»	Не выполнены 1-2 требования
«Удовлетворительно»	Не выполнены 3-4 требования
«Неудовлетворительно»	Половина и более требований не находя отражения в заключении.

IV. Алгоритм разработки и представления проекта коррекционно-развивающейпрограммы для детей и подростков с аномалиями психического развития

1. Назначение программы.
2. Общая характеристика программы, актуальность программы и ее обоснование.
3. Методологические и теоретические основы.
4. Характеристика контингента (для кого предназначена программа).
5. Цель и задачи программы.
6. Описание используемого оборудования.
7. Организация, формы и методы работы.
8. Требования к специалистам, принимающим участие в работе.
9. План и содержание занятий.
10. Форма контроля реализации программы.
11. Описание конкретного примера работы с использованием программы.

При составлении коррекционной программы необходимо соблюдать следующие ***требования:***

1. Четкое формулирование целей коррекционной работы.
2. Определение круга задач, конкретизирующих данные цели.
3. Определение стратегии и тактики работы.
4. Отбор конкретных методик и техник.
5. Подготовка необходимых материалов и оборудования.
6. Выбор формы коррекционной работы (индивидуальная, групповая, смешанная).
7. Определение продолжительности проведения коррекционной программы.
8. Определение частоты встреч (например, ежедневно, один или два раза в неделю, раз вдве недели и т. д.).
9. Определение длительности каждой встречи или коррекционного занятия (от 10-15 минутв начале программы до 1,5-2 часов на заключительном этапе).
10. Разработка конкретного содержания коррекционной программы в целом и каждого занятия отдельно.
11. Планирование форм участия других лиц в программе (медиков, педагогов, социальных работников и др.), при работе с семьей - подключение родственников, значимых взрослых и т. д.
12. Эстетика оформления результатов выполненного проекта;
13. Умение отвечать на вопросы оппонентов, лаконичность и аргументированность

ответов.

Оценка/Баллы	Критерии
«Отлично»	Соблюдены все требования по разработке, оформлению и представлению проекта. Допускаются незначительные отклонения.
«Хорошо»	Не выполнены 1-2 требования
«Удовлетворительно»	Не выполнены 3-4 требования
«Неудовлетворительно»	Половина и более требовании не находят отражения в итоговой работе.

V. Требования к написанию реферата

Структура реферата

1. Титульный лист (заполняется по единой форме).
2. После титульного листа на отдельной странице следует оглавление (план, содержание), в котором указаны названия всех разделов (пунктов плана) реферата и номера страниц, указывающие начало этих разделов в тексте реферата.
3. После оглавления следует введение. Объем введения составляет 1,5-2 страницы.
4. Основная часть реферата может иметь одну или несколько глав, состоящих из 2-3 параграфов (подпунктов, разделов) и предполагает осмысленное и логичное изложение главных положений и идей, содержащихся в изученной литературе. В тексте обязательны ссылки на первоисточники. В том случае если цитируется или используется чья-либо неординарная мысль, идея, вывод, приводится какой-либо цифрой материал, таблицу - обязательно сделайте ссылку на того автора у кого вы взяли данный материал.
5. Заключение содержит главные выводы, и итоги из текста основной части, в нем отмечается, как выполнены задачи и достигнуты ли цели, сформулированные во введении.
6. Приложение может включать графики, таблицы, расчеты.
7. Библиография (список литературы) здесь указывается реально использованная для написания реферата литература. Список составляется согласно правилам библиографического описания.

Общие требования к тексту.

Текст реферата должен подчиняться определенным требованиям: он должен раскрывать тему, обладать связностью и цельностью. Раскрытие темы предполагает, что в тексте реферата излагается относящийся к теме материал и предлагаются пути решения содержащейся в теме проблемы; связность текста предполагает смысловую соотносительность отдельных компонентов, а цельность - смысловую законченность текста.

С точки зрения связности все тексты делятся на тексты - констатации и тексты - рассуждения. Тексты-констатации содержат результаты ознакомления с предметом и фиксируют устойчивые и несомненные суждения. В текстах-рассуждениях одни мысли извлекаются из других, некоторые ставятся под сомнение, дается им оценка, выдвигаются различные предположения.

План реферата. Изложение материала в тексте должно подчиняться определенному плану - мыслительной схеме, позволяющей контролировать порядок расположения частей текста. Универсальный план научного текста, помимо формулировки темы, предполагает изложение вводного материала, основного текста и заключения. Все научные работы – от реферата до докторской диссертации - строятся по этому плану, поэтому важно с самого началанаучиться придерживаться данной схемы. Требования к введению.

Введение - начальная часть текста. Оно имеет своей целью сориентировать читателя в дальнейшем изложении. Во введении аргументируется актуальность исследования, - т.е. выявляется практическое и теоретическое значение данного исследования. Далее констатируется, что сделано в данной области предшественниками; перечисляются положения, которые должны быть обоснованы. Введение может также содержать обзор источников или экспериментальных данных, уточнение исходных понятий и терминов, сведения о методах исследования. Во введении обязательно формулируются цель и задачи реферата. Объем введения - в среднем около 10% от общего объема реферата.

Основная часть реферата. Основная часть реферата раскрывает содержание темы. Она наиболее значительна по объему, наиболее значима и ответственна. В ней обосновываются основные тезисы реферата, приводятся развернутые аргументы, предполагаются гипотезы, касающиеся существа обсуждаемого вопроса.

Важно проследить, чтобы основная часть не имела форму монолога. Аргументируя собственную позицию, можно и должно анализировать и оценивать позиции различных исследователей, с чем-то соглашаться, чему-то возражать, кого-то опровергать. Установка на диалог позволит избежать некритического заимствования материала из чужих трудов – компиляции. Изложение материала основной части подчиняется собственному плану, что отражается в разделении текста на главы, параграфы, пункты. исследования).

Заключение — последняя часть научного текста. В ней краткой и сжатой форме излагаются полученные результаты, представляющие собой ответ на главный вопрос исследования. Здесь же могут намечаться и дальнейшие перспективы развития темы. Небольшое по объему сообщение также не может обойтись без заключительной части - пусть это будут две-три фразы. Но в них должен подводиться итог проделанной работы.

Список использованной литературы. Реферат любого уровня сложности обязательно сопровождается списком используемой литературы. Названия книг в списке располагают по алфавиту с указанием выходных данных использованных книг.

Объем реферата 12-15 страниц машинописного текста.

Критерии и показатели, используемые при оценивании учебного реферата

Критерии	Показатели

1.Новизна реферированного текста Макс. - 20 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. - 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.
3. Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4. Соблюдение требований к оформлению Макс. - 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев.
5. Грамотность	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок,
Макс. - 15 баллов	стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль.

Оценивание реферата

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, балы переводятся в оценки успеваемостисследующим образом:

- 86 – 100 баллов – «отлично»;
- 70 – 75 баллов – «хорошо»;
- 51 – 69 баллов – «удовлетворительно;
- мене 51 балла – «неудовлетворительно».

Баллы учитываются в процессе текущей оценки знаний программного материала.

6.2. Оценочные средства и критерии оценивания для промежуточной аттестации

Вопросы к зачету

1. Исторические аспекты становления патопсихологии детского и юношеского возраста.Современные тенденции развития науки.
2. Место детской патопсихологии в ряду психологических, медицинских, педагогическихнаук.
3. Предмет и содержание, основные понятия патопсихологии детского возраста.
4. Практические задачи детской патопсихологии.
5. Теоретические проблемы патопсихологии детского и подросткового возраста.
6. Принципы построения и методы патопсихологического обследования детей.
7. Уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков. Причины появлениянарушений психики.
8. Виды дизонтогенеза, их характеристика.
9. Умственная отсталость (олигофрения): определение, распространенность, этиология,механизмы формирования, клинико-психологическая характеристика.
10. Дифференциация задержанного психического развития и олигофрении.
11. Этиология и систематика задержки психического развития.
12. Клиническая классификация раннего детского аутизма.
13. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: этиология, механизмы формирования, диагностические критерии.
14. Психологическая классификация раннего детского аутизма.
15. Основные подходы к психолого-педагогической коррекции детей с ранним детскимаутизмом.
16. Этиология и систематика детских психопатий.
17. Разграничение психопатий и акцентуаций характера в детском возрасте.
18. Динамика психопатий в детском возрасте.
19. Неврозы, причины их возникновения. Виды неврозов, особенности их проявления вдетском и подростковом возрасте.
20. Аффективные расстройства в детском возрасте: страхи, аффективная возбудимость,реакция горя, тревожно-фобическое расстройство.
21. Аффективные расстройства у подростков и юношей. Депрессии, особенности ихпроявления в эти возрастные периоды.
22. Эпилепсия. Причины ее возникновения. Основные признаки эпилепсии.
23. Психические нарушения при эпилепсии.
24. Основные виды (формы) эпилепсии в детском и юношеском возрасте.
25. Шизофрения. Признаки шизофрении. Причины ее возникновения.
26. Виды шизофрении.
27. Расстройства основных психических функций при шизофрении.
28. Особенности протекания шизофрении в детском и подростковом возрасте.
29. Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами
30. Проблема интеграции детей с различными аномалиями психического

развития в общество.

Оценивание ответов студента на зачете

"Зачтено" выставляется студенту, который демонстрирует при ответе хорошее знание учебно-программного материала, успешно выполнил предусмотренные задания, усвоил основную литературу, рекомендованную в программе. Показывает систематический характер знаний по дисциплине и способен к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

"Не зачтено" выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, 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.Астапов, В. М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии : учебное пособие для вузов / В. М. Астапов. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 161 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-06932-7. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://www.urait.ru/bcode/541026 (дата обращения: 24.11.2024).

2.Зверева, Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста : учебное пособие для вузов / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 222 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-08286-9. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://www.urait.ru/bcode/541229 (дата обращения: 24.11.2024)

3.Орлова, Е. А. Патопсихология : учебник и практикум для вузов / Е. А. Орлова, Р. В. Козьяков, Н. В. Рышлякова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 334 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-17008-5. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://www.urait.ru/bcode/535614 (дата обращения: 24.11.2024).

4. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психиатрия: "нестандартный", или "плохой хороший", ребенок : учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов, Е. В. Фесенко. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 334 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12887-1. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://www.urait.ru/bcode/541126 (дата обращения: 24.11.2024).

7.2. Дополнительная литература

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие / Л.С. Цветкова, А.В. Семенович, С.Н. Котягина, Е.Г. Гришина, Т.Ю. Гогберашвили / под реда. Л.С. Цветковой. - М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 296 с.
2. Алябьева Е.А. Коррекционно-развивающие занятия для детей старшего дошкольного возраста: Методическое пособие в помощь воспитателям и психологам дошкольных учреждений. – М.: ТЦ Сфера, 2003. - 96 с.Белопольская Н.Л. Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд., испр. — М., «Когито-Центр», 2001 — 351с.
3. Антропов Ю.Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте /

Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. – М.: ИД Медпрактика-М, 2005. - 444 с.
4. Бадалян Л.О. Детская неврология. / Л.О. Бадалян. – М.: Медицина, 1984. – 576 с.
5. Блейхер В.М.Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов/В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков — М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2002.- 512 с.
6. Бухановский А.О. Общая психопатология/ А.О. Бухановский, Ю.А. Кутяаин, М.Е. Литвак. - Руководство по детской неврологии / под ред, В.И. Гузевой. - СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 416 с.
7. Гуровец Г.В. Психопатология детского возраста/ Г.В. Гуровец. — М.: Владос, 2008. —360 с.
8. Исаев Д.Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития: учеб. для вузов / Д.Н. Исаев. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. - 469 с
9. Клиническя психология и психотерапия/Под редакцией М. Перре, У.Бауманна - 3-еиздание, испр. — Санкт-Петербург: Питер, 2012 – 982 с.
10. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего и младшего дошкольного возраста / А.Е. Иванова, О.Ю. Кравец, И.А. Рыбкина / Под ред. Н.В. Серебряковой. – СПб.: КАРО, 2008. – 112 с.
11. Лурия А.Р. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе: Учебное пособие / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. - М.: Издательство Московского психолого- социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2008. - 64 с.
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учебное пособие / А.Р. Лурия. - М.: Издательскийцентр «Академия», 2006. – 384 с.
13. Максимова А. Гиперактивность и дефицит внимания у детей / А. Максимова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 224 с.
14. Марилов В.В. Частная психопатология: Учеб. пособие / В.В. Мерилов. — М.:ACADEMIA,2004.-399 с.
15. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 512 с.
16. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т / Под редакцией В. В.Лебединского, М. К. Бардышевской. Т. I. - М: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002 — 744 с.
17. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика,лечение) / Л.С. Чутко, А.Б. Пальчик. – СПб.: «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2012. – 160 с.
18. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н.Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. - 440 с.

7.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Сайт лаборатории психологии учения Психологического института РАО –

Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/l-uchen.html.

2. Сайт лаборатории изучения психического развития в подростковом и юношеском возрастах Психологического института РАО

3. Сайт лаборатории психологических основ новых образовательных технологий Психологического института РАО – Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/l-ps-not.html.

4. Сайт лаборатории профессионального развития личности Психологического института РАО – Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/l-prof.html.

5. Сайт лаборатории теоретических и экспериментальных проблем психологии развития Психологического института РАО – Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/l-teor- exp.html.

6. Сайт группы психологии обучения и развития младших школьников Психологического института РАО – Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/g-ob-raz.html.

7. Сайт группы исследования факторов формирования индивидуальности Психологического института РАО – Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/g-fak.html.

8. Сайт лаборатории научных основ детской практической психологии Психологического института РАО – Режим доступа: http://www.pirao.ru/strukt/lab_gr/l_det_p.html.

9. Сайт журнала «Вопросы психологии» – Режим доступа: http://www.voppsy.ru/.

10. Сайт журнала «Педология» – Режим доступа: http://www.genesis.ru/pedologia/home.htm.

8. Материально-техническая база

Аудитория 202,204 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	1	Демонстрация на практических занятий

	психодиагностических тестов)		

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.