

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проведения текущей и промежуточной аттестации

по учебной дисциплине

«Клинико-психологическая характеристика детей и подростков с нарушениями развития и поведения»

для направления подготовки
44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность программы: Психология образования

1. Описание показателей (дескрипторов) и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

Контроль качества освоения дисциплины включает в себя текущий контроль успеваемости и промежуточную аттестацию. Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся проводятся в целях установления соответствия достижений обучающихся поэтапным требованиям образовательной программы к результатам обучения и формирования компетенций.

Компетенции	Показатели (дескрипторы)	Критерии в соответствии с уровнем освоения ОП			Оценочное средство (промежуточная аттестация)
		пороговый (удовлетворительно) 55-69 баллов	стандартный (хорошо) 70-84 балла	эталонный (отлично) 85-100 баллов	
УК-3	Знать: сущность понятия "межличностные отношения", эффективные индивидуальные и групповые формы организации деятельности коллектива в микрогруппах.	<i>Имеет представления о сущности понятия "межличностные отношения", эффективных индивидуальных и групповых форм организации деятельности коллектива в микрогруппах</i>	<i>Понимает сущность понятия "межличностные отношения", эффективные индивидуальные и групповые формы организации деятельности коллектива в микрогруппах</i>	<i>Имеет глубокие знания о сущности понятия "межличностные отношения", эффективных индивидуальных и групповых форм организации деятельности коллектива в микрогруппах</i>	Тестирование
	Уметь: самостоятельно создавать благоприятную атмосферу в группе, учитывая индивидуальные особенности; распределять обязанности членам группы.	<i>Умеет создавать благоприятную атмосферу в группе, учитывая индивидуальные особенности; распределять обязанности членам группы.</i>	<i>Умеет хорошо создавать благоприятную атмосферу в группе, учитывая индивидуальные особенности; распределять обязанности членам группы.</i>	<i>Умеет самостоятельно создавать благоприятную атмосферу в группе, учитывая индивидуальные особенности; распределять обязанности членам группы.</i>	Решение задач
	Владеть: продуктивными способами управления совместной работы, техниками разрешения конфликтных ситуаций.	<i>Владеет некоторыми навыками и способами управления совместной работы, техниками разрешения конфликтных ситуаций.</i>	<i>Владеет навыками и способами управления совместной работы, техниками разрешения конфликтных ситуаций.</i>	<i>Владеет навыками и способами самостоятельного управления совместной работы, техниками разрешения конфликтных ситуаций.</i>	Решение кейса

ОПК-1	<p>Знать: современные концепции, касающиеся профессиональной деятельности, основную нормативно-правовую базу по организации профессионального взаимодействия</p>	<p><i>Имеет представления о современных концепциях, касающиеся профессиональной деятельности, основной нормативно-правовой базы по организации профессионального взаимодействия</i></p>	<p><i>Понимает сущность современных концепций, касающиеся профессиональной деятельности, основной нормативно-правовой базы по организации профессионального взаимодействия</i></p>	<p><i>Имеет глубокие знания о современных концепциях, касающиеся профессиональной деятельности, основной нормативно-правовой базы по организации профессионального взаимодействия</i></p>	Тестирование
	<p>Уметь: самостоятельно анализировать, проводить мониторинг и оценку результатов реализации профессиональной деятельности</p>	<p><i>Умеет анализировать, проводить мониторинг и оценку результатов реализации профессиональной деятельности</i></p>	<p><i>Умеет хорошо анализировать, проводить мониторинг и оценку результатов реализации профессиональной деятельности</i></p>	<p><i>Умеет самостоятельно анализировать, проводить мониторинг и оценку результатов реализации профессиональной деятельности</i></p>	Решение задач
	<p>Владеть: основными навыками оптимизации профессиональной деятельности в соответствии с этикой и нормативно-правовой актами в сфере образования</p>	<p><i>Владеет некоторыми навыками оптимизации профессиональной деятельности в соответствии с этикой и нормативно-правовой актами в сфере образования</i></p>	<p><i>Владеет навыками оптимизации профессиональной деятельности в соответствии с этикой и нормативно-правовой актами в сфере образования</i></p>	<p><i>Владеет хорошими навыками оптимизации профессиональной деятельности в соответствии с этикой и нормативно-правовой актами в сфере образования</i></p>	Решение кейса
ОПК-6	<p>Знать: основные положения нормативно-правовых актов в сфере образования, свои функциональные обязанности; некоторые специфические особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья.</p>	<p><i>Имеет представления об основных положениях нормативно-правовых актов в сфере образования, своих функциональных обязанностях; некоторых специфических особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья.</i></p>	<p><i>Понимает сущность положений нормативно-правовых актов в сфере образования, своих функциональных обязанностей; некоторых специфических особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья.</i></p>	<p><i>Имеет глубокие знания об основных положениях нормативно-правовых актов в сфере образования, своих функциональных обязанностях; некоторых специфических особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья.</i></p>	Тестирование

	<p>Уметь: в команде с другими специалистами проектировать специальные условия при инклюзии, организовывать совместную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.</p>	<p><i>Умеет</i> в команде с другими специалистами проектировать специальные условия при инклюзии, организовывать совместную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.</p>	<p><i>Хорошо умеет</i> в команде с другими специалистами проектировать специальные условия при инклюзии, организовывать совместную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.</p>	<p><i>Умеет самостоятельно и</i> в команде с другими специалистами проектировать специальные условия при инклюзии, организовывать совместную деятельность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.</p>	Решение задач
	<p>Владеть: некоторыми принципами разработки программных материалов педагога, которые учитывают разные образовательные потребности обучающихся, в том числе особые образовательные потребности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; навыками проведения занятий и оценочных мероприятий в инклюзивных группах.</p>	<p><i>Владеет некоторыми навыками и</i> принципами разработки программных материалов педагога, которые учитывают разные образовательные потребности обучающихся, в том числе особые образовательные потребности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; навыками проведения занятий и оценочных мероприятий в инклюзивных группах.</p>	<p><i>Владеет навыками и</i> принципами разработки программных материалов педагога, которые учитывают разные образовательные потребности обучающихся, в том числе особые образовательные потребности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; навыками проведения занятий и оценочных мероприятий в инклюзивных группах.</p>	<p><i>Владеет навыками и принципами самостоятельно и</i> разработки программных материалов педагога, которые учитывают разные образовательные потребности обучающихся, в том числе особые образовательные потребности обучающихся, в том числе особые образовательные потребности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; навыками проведения занятий и оценочных мероприятий в инклюзивных группах.</p>	Решение кейса
ПК-3	<p>Знать: теоретические основы психодиагностики, принципы отбора и разработки методик для оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов</p>	<p><i>Имеет представления о</i> теоретических основах психодиагностики, принципах отбора и разработки методик для оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов.</p>	<p><i>Понимает сущность о</i> теоретических основ психодиагностики, принципов отбора и разработки методик для оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов.</p>	<p><i>Имеет глубокие знания о</i> теоретических основах психодиагностики и, принципах отбора и разработки методик для оценки сформированности</p>	Тестирование

				метапредметных и личностных образовательных результатов.	
	Уметь: самостоятельно проводить психодиагностические обследования обучающихся в целях оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов.	<i>Умеет</i> проводить психодиагностические обследования обучающихся в целях оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов.	<i>Умеет хорошо</i> проводить психодиагностические обследования обучающихся в целях оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов.	<i>Умеет самостоятельно</i> проводить психодиагностические обследования обучающихся в целях оценки сформированности метапредметных и личностных образовательных результатов.	Решение задач
	Владеть: навыками обработки данных по результатам психодиагностических обследований обучающихся.	<i>Владеет некоторыми навыками</i> обработки данных по результатам психодиагностических обследований обучающихся.	<i>Владеет навыками</i> обработки данных по результатам психодиагностических обследований обучающихся.	<i>Владеет навыками самостоятельно</i> обработки данных по результатам психодиагностических обследований обучающихся.	Решение кейса

2. Описание критериев и шкал оценивания результатов обучения по дисциплине

2.1. Критерии и шкалы оценивания результатов обучения при проведении текущего контроля успеваемости

Текущий контроль предназначен для проверки хода и качества формирования компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний. Он обеспечивается проведением семинаров, оцениванием контрольных заданий, проверкой конспектов лекций, выполнением индивидуальных и творческих заданий, периодическим опросом обучающихся на занятиях. Контролируемые разделы (темы) дисциплины, компетенции и оценочные средства представлены в таблице.

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины*	Код контролируемой компетенции и/или индикаторы компетенции	Наименование оценочного средства **
1	Введение в клиническую психологию детей и подростков. Методы клинической психологии детей и подростков.	УК-3 ОПК-1 ОПК-6 ПК-3	Проведение терминологической работы по теме Выступление с презентацией / Устное сообщение с предоставлением тезисов Составление

			<p>обобщающей таблицы</p> <p>Написание реферата</p> <p>Разработка творческого проекта (с презентацией)</p>
2	<p>Проблема нормы и патологии в клинической психологии детей и подростков. Понятие и виды дизонтогенеза</p>	<p>УК-3</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-6</p> <p>ПК-3</p>	<p>Проведение терминологической работы по теме</p> <p>Выступление с презентацией /</p> <p>Устное сообщение с предоставлением тезисов</p> <p>Составление обобщающей таблицы</p>
3	<p>Клинико-психологическая характеристика психических расстройств в детском возрасте</p>	<p>УК-3</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-6</p> <p>ПК-3</p>	<p>Проведение терминологической работы по теме</p> <p>Выступление с презентацией /</p> <p>Устное сообщение с предоставлением тезисов</p> <p>Составление обобщающей таблицы</p> <p>Написание реферата</p> <p>Кейс-задание</p> <p>Ролевая игра</p> <p>Разработка творческого проекта (с презентацией)</p>
4	<p>Психологическая помощь детям и подросткам с психическими расстройствами и членам их семей.</p>	<p>УК-3</p> <p>ОПК-1</p> <p>ОПК-6</p> <p>ПК-3</p>	<p>Выступление с презентацией /</p> <p>Устное сообщение с предоставлением тезисов</p> <p>Написание реферата</p> <p>Кейс-задание</p> <p>Ролевая игра</p> <p>Итоговое тестирование</p> <p>Написание итоговой работы в форме эссе</p>

Критерии и шкала оценивания тестирования (итогового)

<i>Оценка</i>	<i>Критерий оценки</i>
«зачтено»	<i>Выполнение более 60% тестовых заданий</i>
«не зачтено»	<i>Выполнение менее 60% тестовых заданий</i>

Критерии и шкала оценивания терминологической работы по теме

Количество терминов и объем их описаний соответствуют заданию	«зачтено»
Используемая литература включает как классические, так и современные издания	
Содержание подкреплено необходимыми комментариями, примерами и поясняющими цитатами	
<i>Выполнение менее 50% оцениваемых параметров</i>	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания выступления с презентацией

Понимание проблемы, стремление разъяснить ее суть с научных позиций	«зачтено»
Умение интересно подать материал, наличие личностного отношения к нему	
Грамотность и логичность изложения материала	
Общее восприятие презентации, эмоциональность, убедительность	
<i>Выполнение менее 50% оцениваемых параметров</i>	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания устного сообщения с предоставлением тезисов

Понимание проблемы, стремление разъяснить ее суть с научных позиций	«зачтено»
Умение интересно подать материал, наличие личностного отношения к нему	
Грамотность и логичность изложения материала.	
Предоставление тезисов заданного формата	
<i>Выполнение менее 50% оцениваемых параметров</i>	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания составления обобщающей таблицы

Качество и полнота включенной информации	«зачтено»
Грамотное выделение и отражение важнейших позиций	
Логичность структуры	
Подкрепление необходимыми комментариями, примерами и поясняющими цитатами, ссылками	
<i>Выполнение менее 50% оцениваемых параметров</i>	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания разработки творческого проекта

Соответствие подобранных научных и методических материалов тематике проекта	«зачтено»
Актуальность, оригинальность и самостоятельность выбора темы проекта и полнота ее обоснования в пояснительной записке	
Полнота раскрытия авторской позиции и ее состоятельность	
Форма предоставления результатов проекта, в т.ч. с использованием ИКТ	
Общее восприятие проекта, его эмоциональное воздействие, убедительность фактического материала	

Выполнение менее 50% оцениваемых параметров	«не зачтено»
---	--------------

Критерии и шкала оценивания работы с текстом по обобщению, систематизации и структурированию учебной информации

Умение проводить смысловую группировку текста, выделять основополагающие идеи	«зачтено»
Умение создавать на основе выделенной в тексте информации схемы, таблицы, конспекты	
Умение высказывать оценочные суждения, свою точку зрения о прочитанном в тексте	
Выполнение менее 50% оцениваемых параметров	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания реферата

Выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. Содержание подкреплено необходимыми комментариями, примерами и поясняющими цитатами	«зачтено»
Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. Используемая литература включает как классические, так и современные издания	
Имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. Присутствует плагиат.	
Выполнение менее 50% оцениваемых параметров	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания творческого задания (с презентацией)

<p>Представленная работа демонстрирует точное понимание задания и полное ему соответствие. В работе приводятся конкретные факты и примеры.</p> <p>Материал изложен логично. Работа и форма её представления является авторской, выполнена самостоятельно и содержит большое число оригинальных, изобретательных примеров.</p> <p>Эффективное использование изображений, видео, аудио и других мультимедийных возможностей, чтобы представить свою тему и вызвать интерес. Презентация имеет все необходимые разделы, данные об авторе, ссылки на источники, оформлена в одном стиле. Текст не избыточен на слайде, не имеет орфографических и речевых ошибок</p>	«зачтено»
Представленная работа демонстрирует понимание задания. В работу включаются как материалы, имеющие как непосредственное отношение к теме, так и материалы, не имеющие отношения к ней. Содержание работы соответствует заданию, но не все аспекты задания	

<p>раскрыты. В работе есть элементы творчества.</p> <p>Используются однотипные мультимедийные возможности, или некоторые из них отвлекают внимание от темы презентации. Основные требования к презентации соблюдены, но отсутствует выполнение требований либо к оформлению, либо к содержанию. Текст на слайде не избыточен, но плохо читается, несколько неудачных речевых выражений.</p>	
<p>В работу включена собранная обучающимся информация, но она не анализируется и не оценивается. Нарушение логики в изложении материала. Обычная, стандартная работа, элементы творчества отсутствуют.</p> <p>Не используются изображения, видео, аудио и другие мультимедийные возможности, или их использование отвлекает внимание. Не соблюдены требования к оформлению презентации. Слишком много текста, или две и более орфографических ошибок, или речевые и орфографические ошибки</p>	
<p>Включены материалы, не имеющие непосредственного отношения к теме работы, содержание работы не относится в рассматриваемой проблеме. Отсутствует логики в изложении материала. Не используются изображения, видео, аудио и другие мультимедийные возможности, или их использование отвлекает внимание. Не соблюдены требования к оформлению презентации</p>	
<p>Выполнение менее 50% оцениваемых параметров</p>	«не зачтено»

Критерии и шкала оценивания участия в ролевой игре

Активно принимает «роль», понимает цель игры	«зачтено»
Делает обобщения и выводы, умеет «слушать» другого	
Аргументирует свои предложения, речь грамотная	
Выполнение менее 50% оцениваемых параметров	«не зачтено»

Критерии оценивания презентаций

Оценка	Название критерия	Оцениваемые параметры
«зачтено»	Тема презентации	Соответствие темы программе учебного предмета, раздела
	Дидактические и методические цели и задачи презентации	Соответствие целей поставленной теме Достижение поставленных целей и задач
	Выделение основных идей презентации	Соответствие целям и задачам Содержание умозаключений Вызывают ли интерес у аудитории Количество (рекомендуется для запоминания аудиторией не более 4-5)
	Содержание	Достоверная информация об исторических справках и текущих событиях Все заключения подтверждены достоверными источниками Язык изложения материала понятен аудитории Актуальность, точность и полезность содержания
	Подбор информации для создания проекта	Графические иллюстрации для презентации Статистика

	– презентации	Диаграммы и графики Экспертные оценки Ресурсы Интернет Примеры Сравнения Цитаты и т.д.
	Подача материала проекта – презентации	Хронология Приоритет Тематическая последовательность Структура по принципу «проблема-решение»
	Логика и переходы во время проекта – презентации	От вступления к основной части От одной основной идеи (части) к другой От одного слайда к другому Гиперссылки
	Заключение	Яркое высказывание - переход к заключению Повторение основных целей и задач выступления Выводы Подведение итогов Короткое и запоминающееся высказывание в конце
	Дизайн презентации	Шрифт (читаемость) Корректно ли выбран цвет (фона, шрифта, заголовков) Элементы анимации
	Техническая часть	Грамматика Подходящий словарь Наличие ошибок правописания и опечаток
«не зачтено»	Выполнение менее 60% оцениваемых параметров	

Требования к содержанию и структуре итоговой работы в форме эссе

Эссе – это итоговая индивидуальная самостоятельная письменная работа на предложенную тему преподавателем (тема может быть предложена и студентом, но обязательно должна быть согласована с преподавателем).

Письменная работа должна включать:

1. Титульный лист, который заполняется по единой форме.
2. Введение, в котором описывается суть и обоснование выбора данной темы, состоит из ряда компонентов, связанных логически и стилистически.

На этом этапе очень важно правильно сформулировать вопрос, на который следует найти ответ в ходе исследования.

3. Основная часть – теоретические основы выбранной проблемы и изложение основного вопроса.

Данная часть предполагает развитие аргументации и анализа, а также обоснование их, исходя из имеющихся данных, других аргументов и позиций по этому вопросу. В зависимости от поставленного вопроса анализ проводится на основе следующих категорий:

Причина — следствие, общее — особенное, форма — содержание, часть — целое, постоянство — изменчивость.

В процессе построения эссе желательно, чтобы один параграф содержал только одно утверждение и соответствующее доказательство, подкрепленное графическим и иллюстративным материалом.

4. Заключение, которое содержит обобщения и аргументированные выводы по теме с указанием области ее применения и т.д.

5. Список использованных источников

6. Приложения.

Объем работы – 3000 слов без учета списка использованных источников и приложений. (Допускается изменение требуемого объема в пределах 10%).

Критерии оценивания итоговой работы в форме эссе

Эссе должно содержать: 1) четкое изложение сути поставленной проблемы; 2) включать самостоятельно проведенный анализ этой проблемы с использованием концепций и аналитического инструментария, рассматриваемого в рамках дисциплины; 3) выводы, обобщающие авторскую позицию по поставленной проблеме. Построение эссе - это ответ на вопрос или раскрытие темы, которое основано на системе доказательств. Максимальное число баллов – 14.

2.2. Критерии и шкалы оценивания результатов обучения при проведении промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация предназначена для определения уровня освоения всего объема учебной дисциплины. Для оценивания результатов обучения при проведении промежуточной аттестации используется 100- балльная и 2- балльная.

Основные виды систем оценивания

Европейская	100-балльная	2-балльная
A	94-100	зачтено
A-	90-94	
B+	85-89	
B	80-84	
B-	75-79	
C+	70-74	
C	65-69	
C-	60-64	
D	55-59	не зачтено
F	50-54	

2. Промежуточная аттестация предназначена для определения уровня освоения всего объема учебной дисциплины. Для оценивания результатов обучения при проведении промежуточной аттестации используется двухбалльная шкала: «зачтено», «не зачтено».

Шкала оценивания	Критерии оценивания	Уровень освоения компетенций
«зачтено»	<i>Обучающийся правильно ответил на теоретические вопросы. Показал отличные знания в рамках учебного материала. Правильно выполнил практические задания. Ответил на все дополнительные вопросы</i>	Эталонный
	<i>Обучающийся с небольшими неточностями ответил на теоретические вопросы. Показал хорошие знания в</i>	Стандартный

	<i>рамках учебного материала. С небольшими неточностями выполнил практические задания. Ответил на большинство дополнительных вопросов</i>	
	<i>Обучающийся с существенными неточностями ответил на теоретические вопросы. Показал удовлетворительные знания в рамках учебного материала. С существенными неточностями выполнил практические задания. Допустил много неточностей при ответе на дополнительные вопросы</i>	<i>Пороговый</i>
<i>«не зачтено»</i>	<i>Обучающийся при ответе на теоретические вопросы и при выполнении практических заданий продемонстрировал недостаточный уровень знаний и умений. При ответах на дополнительные вопросы было допущено множество неправильных ответов</i>	<i>Компетенции не сформированы</i>

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

3.1. Оценочные средства текущего контроля успеваемости

Примерный перечень понятий для проведения терминологической работы по теме.

Введение в клиническую психологию детей и подростков. Методы клинической психологии детей и подростков.

Нейропсихология, патопсихология, психокоррекция, консультирование, синдромы, психофизиология, патопсихология, патопсихологическая диагностика.

Проблема нормы и патологии в клинической психологии детей и подростков. Понятие и виды дизонтогенеза.

Психосоматика, норма, патология, болезнь, здоровье, аномальное развитие, онтогенез и дизонтогенез, первичный, вторичный и третичный дефекты, психическое недоразвитие, задержанное, поврежденное, искаженное, дефицитарное, дисгармоничное развитие: диагностика и психологическая помощь.

Клинико-психологическая характеристика психических расстройств в детском возрасте.

Межполушарная асимметрия, рассеченный мозг, межполушарная асимметрия, рассеченный мозг, патология межполушарная, интеллект, мозговая асимметрия, расстройства мышления, агнозии, апраксия, дисфункция, невроз, невротические реакции, невротические депрессии, реабилитация.

Психологическая помощь детям и подросткам с психическими расстройствами и членам их семей.

Мыслительные операции, психодиагностика, психокоррекция, психологическое консультирование, экспертиза, психотерапия, сознание, самосознание, эмоции, стресс, кризис, фрустрация, страх, семейный анамнез, семейно-диагностическое интервью, генеалогия

Темы для выступления с презентацией / устного сообщения с представлением тезисов на семинарских и практических занятиях:

1. Введение в клиническую психологию детей и подростков. Методы клинической психологии детей и подростков.

1. История развития клинической психологии детей и подростков в зарубежных странах и России

2. Структура клинической психологии детей и подростков и ее местов ряду других наук.

3. Основные разделы клинической психологии детей и подростков: патопсихология детского и подросткового возраста, детская нейропсихология, детская психосоматика, психологическая коррекция и психотерапия.

4. Объект, предмет, цели и задачи. Базовые понятия детской клинической психологии.

5. Проблема нормы и патологии, виды норм развития ребенка Базовые принципы детской клинической психологии.

6. Основные виды практической деятельности в области клинической психологии детей и подростков.

7. Перечень методов и их применение в клинической психологии детей и подростков.

8. Психологическая диагностика и ее виды в детской клинической психологии.

9. Особенности метода наблюдения к клинической психологии детей и подростков.

10. Общая характеристика тестов интеллекта, применяемых в детской клинической психологии.

11. Методы и методики исследования личности и эмоционального развития.

12. Проективные и рисуночные методики в детской клинической психологии

13. Методики нейропсихологической диагностики.

14. Коррекционные и психотерапевтические методы

15. Арт-терапия и игротерапия в детской клинической психологии.

2. Проблема нормы и патологии в клинической психологии детей и подростков. Понятие и виды дизонтогенеза.

1. Понятия нормы и патологии, проблема их дифференциации.
2. Субъективный (интуитивноэмпирический), статистический, культурноисторический подходы к различению нормы и патологии, подход с точки зрения адаптации и самоактуализации.
3. Функциональная, социальная и индивидуальная норма.
4. Континуум нормы и патологии, его уровни.
5. Подход к норме и патологии с точки зрения возрастных этапов.
6. Понятия кризис и микрогенез.
7. Условия нормального психического развития.
8. Нормальное и аномальное (отклоняющееся) развитие, дизонтогенез. Факторы дизонтогенеза: биологические и социальные.
9. Факторы, оказывающие влияние на выраженность повреждения: время повреждения, характер повреждения, интенсивность повреждения мозга.
10. Первичный и вторичный дефект.
11. Понятие об онтогенезе и дизонтогенезе. Возникновение различных вариантов патологии.
12. Классификации психического дизонтогенеза в психиатрии и психологии: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное развитие, дисгармоничное развитие.
13. Расстройства психического здоровья детей и подростков: детский аутизм.
14. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.
15. Нарушения игры, нарушения пищевого поведения, аффективные расстройства, депрессивные нарушения, интеллектуальные нарушения, бродяжничество, агрессивное поведение, девиантное поведение, делинквентное поведение, алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, токсикомания и другие.
16. Негативные и продуктивные симптомы дизонтогенеза. Возрастные симптомы.
17. Развитие межфункциональных связей в процессе гетерохронии, нарушения межфункциональных связей.
18. Основные диспропорции развития: ретардация и патологическая акселерация.
19. Классификации нарушений развития.
20. Классификации Г.Е. Сухаревой, Д. Каннера и Я. Лутца.
21. Типология дизонтогенеза, предложенная В.В. Лебединским.

3. Клинико-психологическая характеристика психических расстройств в детском возрасте

1. Органическая и резидуально-органическая патология детей и подростков. Виды и причины органической патологии.
2. Классификация поражений нервной системы: перинатальные, наследственные, инфекционные, черепно-мозговые травмы, опухоли.

- 3.ЗПР церебрального-органического генеза.
- 4.Основные нарушения психической деятельности детей и подростков при ЗПР.
- 5.Минимальные мозговые дисфункции – ММД и их проявления у детей и подростков.
- 6.Ограниченные поражения мозга у детей.
- 7.Черепно-мозговые травмы: сотрясение, ушиб, сдавление и их влияние на развитие детей и подростков.
- 8.Опухоли головного мозга.
- 9.Нейроинфекционные заболевания головного мозга: менингит, энцефалит и их влияние на развитие детей и подростков.
10. Анормальное развитие детей и подростков, вызванное психической патологией.
11. Детский аутизм и его виды. Нарушения развития при детском аутизме.
12. Детская шизофрения и ее особенности, анализ нарушений развития.
13. Эпилепсия и ее формы у детей и подростков. Нарушения психических функций при эпилепсии.
14. Психогенные депрессии детского и подросткового возраста.
15. Детские неврозы: истерический, астенический, невроз страха, невроз навязчивых состояний, фобический.
16. Аффективные расстройства детей и подростков.
17. Психосоматические расстройства и психологические последствия хронических соматических заболеваний.
18. Факторы и механизмы психосоматических расстройств. Онтогенез телесности.
19. Проявления психосоматических расстройств в детских возрастах.
20. Психологические особенности ребенка при тяжелых соматических заболеваниях.
21. Внутренняя картина болезни и отношение родителей к заболеванию ребенка.

4. Психологическая помощь детям и подросткам с психическими расстройствами и членам их семей.

- 1.Психологическая коррекция как особый вид психологической помощи.
- 2.Формы реализации психологической коррекции. Психокоррекционная ситуация.
- 3.Принципы подготовки и виды коррекционных программ.
- 4.Особенности коррекции детей и подростков: с задержкой психического развития, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, аутическими расстройствами, психосоматическими проблемами и другими.

5. Психокоррекционные технологии при различных нарушениях: психическое недоразвитие и основные психокоррекционные технологии, психокоррекционные технологии при задержке психического развития у детей и подростков, психологическая коррекция при поврежденном психическом развитии, психологическая коррекция детей с искаженным психическим развитием, психокоррекционные технологии для детей с церебральным параличом, психокоррекционные технологии при дисгармонии психического развития у детей и подростков эмоциональные нарушения в детском возрасте, пути их коррекции и психокоррекционные технологии.

6. Игровая и арт-терапия как средство психологической коррекции.

7. Понятие о детской психотерапии и ее направлениях. Способы решения проблем детей и подростков.

8. Семья и ее роль в возникновении отклонений в психическом развитии детей и подростков.

9. Влияние семейных факторов на формирование нервно-психических расстройств у детей и подростков. Детско-родительские отношения.

10. Организация жизни ребенка с нарушениями развития.

11. Психологическая помощь семьям, имеющим детей и подростков с нарушенным развитием.

12. Психологическая коррекция детско-родительских отношений.

Темы для рефератов:

1. Акцентуации характера и психопатии (возбудимого, истероидного, эпилептоидного, шизоидного, астенического круга, психастения).

2. Влияние отклонений в психическом развитии на формирование личности.

3. Значение патопсихологического исследования в оценке эффективности лечения и установления качества ремиссии.

4. История развития клинической психологии детей и подростков.

5. Клинико-нейропсихологическая диагностика и коррекция счета, чтения, письма у младших школьников.

6. Конституциональные расстройства характера у детей и подростков.

7. Мнестические расстройства у детей и подростков.

8. Мотивация и внутренние конфликты у больных с хроническими соматическими заболеваниями.

9. Нарушение и восстановление вербально-логического мышления.

10. Нарушение и восстановление наглядно-действенного мышления.

11. Нарушение и восстановление наглядно-образного мышления.

12. Нарушения внимания у детей и подростков.

13. Нарушения интеллекта у детей и подростков.

14. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте.
15. Невротические расстройства в детском и подростковом возрасте.
16. Невротические расстройства у детей и подростков (ипохондрический, истерический, депрессивный неврозы, неврастения).
17. Невротические расстройства у детей и подростков (невроз навязчивых состояний, нервная анорексия, дисморфофобия).
18. Нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников.
19. Нейропсихология индивидуальных различий.
20. Онтопсихология телесности.
21. Основные синдромы психических расстройств в детском и подростковом возрасте (СДВГ, тревожно-фобический, астенический, ипохондрический). Психогенные расстройства у детей и подростков.
22. Особенности формирования личности ребенка в семье,отягощенной алкогольной зависимостью.
23. Патологическое формирование личности у подростков.
24. Патопсихологические исследования в детской и подростковой психиатрии.
25. Профилактика суицидального поведения у подростков.
26. Психосоматическая проблема: сущность, исторический обзор, сложившиеся подходы к решению.
27. Пути психологической помощи аномальным детям и их семьям.
28. Расстройства влечений у детей и подростков.
29. Расстройства восприятия у детей и подростков.
30. Расстройства мышления у детей и подростков.
31. Расстройства поведения (патохарактерологические реакции, типы деструктивного поведения у подростков и аддиктивные расстройства).
32. Расстройства сознания у детей и подростков.
33. Роль данных о нарушениях в развитии ребенка в оптимизации учебновоспитательного процесса.
34. Роль психологов в реабилитации детей с отклонениями в развитии.
35. Специфика нарушений в психическом развитии у подростков.
36. Формирование отрицательных черт характера у неуспевающих школьников.
37. Эмоционально-волевые расстройства у детей и подростков.

Темы для составления обобщающих таблиц:

Задание 1. Заполните таблицу:

Классификация типов дизонтогенеза (по В. В. Лебединскому, 2003)

Аномалия (тип дизонтогенеза)	Причина
------------------------------	---------

Задание 2. Заполните таблицу:

Основные виды практической деятельности (типы задач), которые осуществляет специалист в области клинической психологии детей и подростков

Виды практической деятельности	Характеристика
клинико-диагностическая	
коррекционная	
экспертная	
консультативная	
психотерапевтическая	
деятельность сопровождения	

Задание 3. Заполните таблицу:

**Уровни возрастного реагирования на воздействие «вредности»
В.В.Ковалев**

Уровень	Характеристика
Сомато-вегетативный (0–3 года)	
Психомоторный (4–7 лет)	
Аффективный (10 лет)	
Эмоционально-идеаторный (17 лет)	

Темы для разработки творческих проектов:

Кейс-задание

Задание 1.

Первый вариант задач.

В каждой из предложенных задач необходимо квалифицировать состояние больного: определить патопсихологический регистр-синдром и составить программу психодиагностического исследования.

Задача №1. В приемном отделении многопрофильного стационара находится больной, поступивший в связи с острым отравлением психофармакологическими препаратами. Дежурному врачу удалось выяснить, что была суицидальная попытка.

Задача №2. В хирургический стационар поступил больной с диагнозом «аппендицит». Со слов родителей стало известно, что у него в течение последнего года возникают судорожные припадки. Во время осмотра состояние резко изменилось, больной стал злобен, разбрасывал одежду, размахивал руками, пинал ногами мебель, громко кричал.

Задача №3. К психологу пришла мама ученицы, которая учится в 9 классе и попросила помощи. Она рассказала, что ее дочь до 6-7 класса была веселой, активной девочкой, хорошо училась в школе, любила общаться с детьми и одноклассниками, много времени отдавала

внеклассной работе. Сейчас, она совсем изменилась. Замкнулась, перестала общаться с друзьями, теряется в присутствии незнакомых людей, сторонится компаний и шумных собраний. Стала хуже учиться. Все свободное время проводит в своей комнате. Придирчиво относится к своей внешности. Живет своей довольно напряженной жизнью, иногда прорывающейся в нервных репликах и подавленном настроении. На искренний разговор не идет. Как вернуть дочь к нормальной жизни? Что с ней происходит?

Второй вариант задач.

В каждой из предложенных задач определите патологию.

Задача №1. Состояние отличается сочетанием признаков психической незрелости, с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Отдельные патологические черты характера обнаруживаются уже на 1-2-м году жизни в виде упрямства, реакций протеста, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты эмоциональноволевой сферы «перекрываются» девиантным поведением и патологическими чертами характера. Структура и возрастная динамика состояния позволяют расценивать его как этап формирующейся психопатии.

Задание 2. Прочитайте ситуацию и ответьте на вопросы:

- Какие нарушения развития характерны для данного ребенка?
- Каковы причины имеющихся нарушений?
- Имеют ли место у данного ребенка признаки школьной дезадаптации?

Мальчик В., 8 лет, поступил в психоневрологическую больницу в связи с тем, что, со слов педагога, не справляется с учебной, на уроках невнимателен, легко отвлекается, быстро устает, не может сидеть спокойно. Семейная обстановка неблагоприятная – отец злоупотребляет алкоголем. Беременность протекала нормально, роды срочные, но длительные (6 суток) в связи с узким тазом. Родился с деформированной (продолговатой) головой. Ходит с 1 года, первые слова – около 2 лет, к 3 годам говорил хорошо, чисто, правильными фразами. В раннем детстве перенес корь, скарлатину, паротит. В дошкольном возрасте был любознательным, чрезмерно подвижным. В школе с 7 лет. Учением не интересовался, не слушал объяснения педагога, залезал под парту во время урока. В играх проявлял большую инициативу, сам придумывал игры... По физическому развитию немного отстает от своих сверстников. Со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не отмечается. При беседе с врачом легко вступает в контакт, по-детски ласков, обнаруживает хорошую практическую ориентировку, правильно оценивает семейную

ситуацию. Запас школьных сведений очень мал, читать не умеет, но элементарный счет удовлетворителен (без привлечения конкретного материала). Быстро освоился в новой среде. Легко вступает в контакт с детьми и персоналом, чрезмерно подвижен, непоседлив, суетлив, не может спокойно посидеть на месте, стремится бегать, прыгать. Любит шумные, подвижные игры, быстро переключается с одной игры на другую. Легко внушаем, в своем поведении следует примеру других детей. К классным занятиям интереса не проявил, стремился к играм, не мог длительно сосредоточиться во время урока, жаловался на усталость. Охотно рассматривал яркие картинки и оживлялся, когда читали сказки...

(Из наблюдений: Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1965. Т. 3).

Задание 3. Прочитайте ситуацию и ответьте на вопросы:

- Какие нарушения развития характерны для данного ребенка?
- Каковы причины имеющихся нарушений?
- Имеют ли место у данного ребенка признаки школьной дезадаптации?

Игорь Н., 16 лет. Начиная с уроков истории, очень заинтересовался Древним Египтом. Много читает по истории Египта и по истории вообще. Свободно оперирует обширным запасом знаний в этих областях, считая это основной своей ценностью. Систематически занимается иностранными языками и читает иностранную научную литературу в подлиннике. Рационален, предпочитает общество взрослых, занимающихся гуманитарными науками. В школе склонен к нравственным поучениям соучеников и учителей, подчеркивая принципиальные различия в мировоззрении и знаниях между собой и всеми остальными. Холодно учтив... Склонен интерпретировать собственное поведение, прибегая к широким историко-философским обобщениям...

(Из наблюдений: Скروعкий Ю.А. Нарушения поведения у детей и подростков.– М., 1981).

Задание 3. Прочитайте ситуацию и ответьте на вопросы:

- Какие нарушения развития характерны для данного ребенка?
- Каковы причины имеющихся нарушений?
- Имеют ли место у данного ребенка признаки школьной дезадаптации?

Мальчик родился от беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками, головными болями. В конце беременности мать перенесла тяжелое простудное заболевание, принимала много лекарств. Художница по профессии, она до последнего дня беременности вела светскую жизнь, много работала, курила и не отказывалась от рюмки вина. «Я же свободная женщина, не хочу, чтобы беременность лишала меня свободы», – говорила

она. Раннее развитие ребенка было своевременным, но он много болел. Во время болезни (и особенно при высокой температуре) у него начинался бред и галлюцинации, он плохо засыпал, испытывал страхи, что-то видел, куда-то в ужасе бежал, иногда возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С 3-4-летнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребенок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устает, не выдерживает даже незначительного психического и физического напряжения. Если ребенок простужался, то болезнь протекала длительно, потом он никак не мог прийти в себя, становился еще более утомляемым и вялым. Мальчик был повышенно суетлив, несобран, раздражителен, плаксив. Все это стало особенно заметным, когда он пошел в школу; быстро уставал, к концу урока плохо соображал, становился непоседлив. Продуктивность его была неравномерной; если он не уставал, то учился хорошо, все интеллектуальные процессы у него были нормальными, память не страдала. Но стоило утомиться, не отдохнуть, как он плохо усваивал новое, с трудом запоминал, становился неусидчивым и не сосредоточенным, внимание его рассеивалось. Мать заметила также, что если сын днем не поспит или слишком поздно ложится спать вечером, все эти явления усиливаются, он «встает с левой ноги», даже бывает драчлив. Был двигательнo неловок, неуклюж, из-за этого часто становился мишенью насмешек со стороны сверстников. Обидчивый и вспыльчивый, он в ответ на легкие обиды и иронию начинал драться. Во время этих драк ему доставалось больше всех: однажды, например, его толкнули, он упал и ушиб голову. В больнице он пробыл неделю в связи с сотрясением мозга, кружилась и болела голова, несколько раз была рвота, постоянно чувствовал себя уставшим. Потом эти явления уменьшились. Учился мальчик все хуже и хуже. Это стало очевидным в IV классе, когда нагрузка возросла и мальчик, помимо занятий в общеобразовательной школе, стал дополнительно учить иностранный язык (по инициативе матери, мечтавшей, чтобы сын говорил по-английски). В связи со всем этим его направили на консультацию к врачу. Ребенку было назначено соответствующее лечение, даны лечебно-педагогические рекомендации, которые неукоснительно выполнялись, и через 2 года мальчик был совершенно здоров.

(Из наблюдений: Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. – М.,1992).

Задание 4. Прочитайте ситуацию и ответьте на вопросы:

- Какие нарушения развития характерны для данного ребенка?
- Каковы причины имеющихся нарушений?
- Имеют ли место у данного ребенка признаки школьной дезадаптации?

14-летний подросток, у которого с раннего детства был церебрастенический синдром, жил в тяжелых условиях: отец пьянствовал,

скандалил, выгонял сына из дома. Мальчик большую часть времени проводил в обществе детей с трудным поведением, тяжело переживал не только безобразное поведение и пьянство отца, но и то, что сам он был физически слаб, быстро уставал, не мог наравне со здоровыми детьми бегать и играть. В нем развивалось чувство своей неполноценности. Из-за скандалов дома и отсутствия элементарных условий ученик не мог регулярно готовить уроки, лечиться, не имел возможности даже выспаться, не мог нормально отдыхать. И без того чрезмерно раздражительный и вспыльчивый, он стал еще более взрывчатым и конфликтным. Общаясь с трудными подростками, стал подражать их поведению, легко возбуждался, дрался. Однажды вместе с другими детьми забрал деньги у какого-то пьяного, а когда тот стал сопротивляться, избил его: «мстил отцу за его издевательства». Постепенно менялось настроение. Стал более грубым, мрачным, пропускал занятия в школе, курил.

(Из наблюдений: Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. –М., 1992).

Ролевая игра:

Задание 1. Клинической беседа. Алгоритм ведения клинической беседы с родителями и сбора информации.

При наличии множества факторов риска, высокой коморбидности и нескольких зон возможной дисфункции, современная оценка детей и подростков, имеющих те или иные психические нарушения, требует тщательного сбора анамнеза. Алгоритм сбора информации представляет собой универсальную форму, которую можно использовать в качестве диагностического инструментария. История развития ребенка:

1. Возраст, род занятия родителей к моменту беременности. Здоровье родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидаемый пол ребенка. Радость/разочарования у членов семьи по поводу пола ребенка, его внешности, характера. Наличие хронических заболеваний у родителей. Характер предыдущей беременности, наличие аборт, выкидышей, смертей и их влияние на супружеские отношения. Отношения между родителями в период беременности и сразу после родов. Роды: срочные, продолжительность, отклонения в процессе родов. Ретроспективная оценка состояния матери в тот период.

2. Раннее моторное и психо-эмоциональное развитие. Характер поведения на первом году жизни, наличие проблем (с питанием, сном), реакции на пеленание. Наличие «страхов» раннего возраста боязнь громких звуков, переключения света, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище. Реакции на изменение режима. Отношение к матери, комплекс оживления. Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода, соблюдение режима, наличие противоречий между ухаживающими. Характер вскармливания. Отношение к кормлению у матери и ребенка. Наличие гипо- гипертонии, частые срыгивание, дрожание. Сроки

моторного развития, отношение матери к достижениям ребенка. Начало вокализации, особенности игровых действий. Понимание ребенком интонационной стороны речи взрослых. Контакт ребенка с окружающим, людьми и предметами. 15

3. Где находился ребенок в возрасте до 3 лет. Условия помещения в детский сад/ясли. Характер адаптации ребенка. Значимые изменения в социальном и семейном статусе родителей. Переезды, разводы. Темпы, сроки, особенности речевого развития. Начало фразовой речи. Эмоциональное развитие и коммуникационные навыки ребенка. особенности игровой деятельности. Особенности кризиса 3-х лет. наличие и характер страхов, особенности моторного развития, навыков. Состояние здоровья ребенка.

4. Особенности развития в период от 3 до 5,5 лет. Основные вопросы тождественны предыдущим. Семейные и социальные условия. Приспособления к требованиям социального окружения.

5. Развитие от 5,5 до 7 лет. Когнитивное развитие ребенка. Взаимодействие с членами семьи, с отцом, матерью, сиблингами. Возможность существовать в треугольнике (ребенок-мать-отец). Умение взаимодействовать со сверстниками, способность к роевой игре. Развитие волевой сферы. Наличие проблем психологического плана. Адаптация к правилам поведения. Готовность к школьному обучению. Неспецифические особенности: повышенная истощаемость, снижение работоспособности, эмоциональная лабильность. Возбудимость, трудности регуляции поведения. Наличие заболеваний, хирургических вмешательств.

6. Развитие в младшем школьном возрасте (7-11 лет). Характер адаптации к регулярному обучению, трудности усвоения школьного материала. Сроки, условия возникновения жалоб. Эмоционально-личностные проблемы, двигательная расторможенность, неуправляемость, поведенческие девиации. Частота пропусков занятий по болезни. Успеваемость, провалы в школьном образовании. Специфика социальной и семейной ситуации. отношение к родителям и другим членам семьи. отношения с ровесниками.

7. Анамнез заболевания. Время возникновения симптомов. Связь с особенностями деятельности и ситуацией. Наличие «светлых промежутков». Динамика состояния.

8. Опыт общения со специалистами помогающих профессий (школьный психолог, социальный работник, психотерапевт и другие): позитивный, негативный и нейтральный опыт.

Задание: разделиться в группы по три человека. Один студент – родитель ребенка, обращающийся к клиническому психологу с проблемой, второй студент – психолог, третий – наблюдает и описывает их взаимодействие. В течение 15-20 минут «родитель» и «психолог» ведут беседу, опираясь на описанный выше алгоритм. Задача психолога – исследовать историю развития ребенка. рекомендации студенту, играющему родителя: он может использовать реальную историю

знакомому ему ребенка (или свою историю). После завершения беседы все участники обсуждают сделанное с акцентом на том, что удалось, что осталось не раскрыто, что можно было бы расспросить и какие вопросы при этом можно было бы задать. Можно так же обсудить эмоциональный фон беседы. По завершении участники меняются ролями. После завершения каждая группа делится основными наблюдениями, задает проблемные вопросы.

Задание 2. Генеалогия семьи. При решении диагностических задач бывает важно исследовать генеалогию семьи - прародительских семей (семьи матери, семьи отца), родительской семьи и семей близких родственников. Беседа проводится с участием всей семьи, включая ребенка (и других детей). Рекомендуемый алгоритм беседы:

1. Контакт – присоединение: узнать имена, договориться о продолжительности и цели встречи, сделать акцент на диагностических проблемах.

2. Поддержка: сохранение семейной структуры и правил – начинать с главы семьи, проявлять уважение к семейным правилам. Рекомендуется начинать опрос с менее вовлеченных членов семьи, дать каждому высказаться. Отражать во взаимодействии особенности семьи, присоединяясь к ее стилю.

3. Изучить предшествующий опыт решения проблемы.

4. Исследовать индивидуальную проблематику пациента.

При исследовании семейного анамнеза могут быть заданы следующие вопросы:

1. Возраст вступления в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов. Краткое описание членов семьи и микро-социального окружения.

2. Общая характеристика семьи, ее состав. Недавние изменения в составе семьи. Семейные надежды и планы.

3. Кто еще вовлечен в жизнь пациента (соседи, друзья)? Кто из них включен в обсуждение проблемы?

4. Как распределено пространство квартиры между членами семьи. При работе с семьей обращать внимание на следующие особенности семьи: особенности коммуникации членов семьи (нападки, критика, юмор), качество договоренностей, особенности эмоциональных связей, способы совладания со стрессом, особенности социальных навыков у членов семьи, семейные треугольники.

Задание: в группе выбираются два участника (психологи), 4 человека – «семья» (он распределяют между собой роли). Остальные участники наблюдают за процессом, фиксируют результаты: они могут распределить между собой точки наблюдения. Беседа с «семьей» проводится в течении 25-30 минут. Затем результаты обсуждаются в группе: что удалось исследовать в ходе беседы? Какова генеалогия данной семьи, как

развивалась проблема? Каковы особенности коммуникации членов семьи между собой? Задание для самостоятельной работы: разделить на малые группы по два-три человека. каждая группа проводит семейно-диагностическое интервью с семьей. Результаты интервью группа представляет в виде отчета: «Использование метода семейно-диагностическое интервью».

Рекомендуется следующий алгоритм отчета:

1. Раскрыть причину обращения родителей к психологу.
2. Особенности взаимодействия членов семьи друг с другом и с психологами: границы, семейные правила, активность, спонтанность, наличие у родителя вопросов, обвиняющая/сотрудничающая, заинтересованная/незаинтересованная позиция и так далее.
3. Раскрыть содержание беседы и отразить особенности семейной истории и связь с историей развития ребенка по пунктам, указанным в алгоритме интервью.

3.2. Оценочные средства промежуточной аттестации

Вопросы к зачету по дисциплине

1. История развития клинической психологии детей и подростков в зарубежных странах и России.
2. Структура клинической психологии детей и подростков и ее мест в ряду других наук. Базовые принципы детской клинической психологии.
3. Основные разделы клинической психологии детей и подростков: патопсихология детского и подросткового возраста, детская нейропсихология, детская психосоматика, психологическая коррекция и психотерапия.
4. Объект, предмет, цели и задачи. Базовые понятия детской клинической психологии.
5. Проблема нормы и патологии, виды норм развития ребенка.
6. Основные виды практической деятельности в области клинической психологии детей и подростков.
7. Номотетический и идеографический подходы в детской клинической психологии. Перечень методов и их применение в клинической психологии детей и подростков.
8. Психологическая диагностика и ее виды в детской клинической психологии.
9. Особенности метода наблюдения в клинической психологии детей и подростков.
10. Общая характеристика тестов интеллекта, применяемых в детской клинической психологии.
11. Методы и методики исследования личности и эмоционального развития.
12. Проективные и рисуночные методики в детской клинической психологии

13. Методики нейропсихологической диагностики в детской клинической психологии
14. Коррекционные и психотерапевтические методы в детской клинической психологии.
15. Арт-терапия и игротерапия в детской клинической психологии
16. Понятие об онтогенезе и дизонтогенезе. Возникновение различных вариантов патологии.
17. Классификации психического дизонтогенеза в психиатрии и психологии: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное развитие, дисгармоничное развитие.
18. Расстройства психического здоровья детей и подростков: детский аутизм.
19. Расстройства психического здоровья детей и подростков: синдром дефицита внимания с гиперактивностью.
20. Расстройства психического здоровья детей и подростков: нарушения игры.
21. Расстройства психического здоровья детей и подростков: нарушения пищевого поведения.
22. Расстройства психического здоровья детей и подростков: аффективные расстройства.
23. Расстройства психического здоровья детей и подростков: депрессивные нарушения.
24. Расстройства психического здоровья детей и подростков: интеллектуальные нарушения.
25. Расстройства психического здоровья детей и подростков: агрессивное поведение.
26. Расстройства психического здоровья детей и подростков: девиантное и делинквентное поведение, бродяжничество.
27. Расстройства психического здоровья детей и подростков: алкогольная и наркотическая зависимость, токсикомания и другие.
28. Расстройства психического здоровья детей и подростков: синдром дефицита внимания с гиперактивностью.
29. Понятие аномального развития детей и подростков.
30. Проблема социальной дезадаптации в клинической психологии детей и подростков.
31. Анализ понятий социальная депривация, госпитализм и неогоспитализм и их влияния на развитие детей и подростков.
32. Школьная дезадаптация и ее компоненты. Дидактогенная, школьный невроз, педагогическая запущенность.
33. Органическая и резидуально-органическая патология детей и подростков. Виды и причины органической патологии.
34. Классификация поражений нервной системы: перинатальные, наследственные, инфекционные, черепно-мозговые травмы, опухоли.
35. ЗПР церебрального-органического генеза,. Основные нарушения психической деятельности детей и подростков при ЗПР.

36. Минимальные мозговые дисфункции – ММД и их проявления у детей и подростков.

37. Ограниченные поражения мозга у детей. Черепно-мозговые травмы: сотрясение, ушиб, сдавление и их влияние на развитие детей и подростков.

38. Опухоли головного мозга. Нейроинфекционные заболевания головного мозга: менингит, энцефалит и их влияние на развитие детей и подростков.

39. Анормальное развитие детей и подростков, вызванное психической патологией.

40. Детская шизофрения и ее особенности, анализ нарушений развития.

41. Эпилепсия и ее формы у детей и подростков. Нарушения психических функций при эпилепсии.

42. Психогенные депрессии детского и подросткового возраста.

43. Детские неврозы: истерический, астенический, невроз страха, невроз навязчивых состояний, фобический.

44. Психосоматические расстройства и психологические последствия хронических соматических заболеваний.

45. Проявления психосоматических расстройств в детских возрастах.

46. Внутренняя картина болезни и отношение родителей к заболеванию ребенка.

47. Семья и ее роль в возникновении отклонений в психическом развитии детей и подростков. Организация жизни ребенка с нарушениями развития.

48. Влияние семейных факторов на формирование нервно-психических расстройств у детей и подростков. Детско-родительские отношения.

49. Психологическая помощь семьям, имеющим детей и подростков с нарушенным развитием. Психологическая коррекция детско-родительских отношений.

50. Психологическая коррекция как особый вид психологической помощи. Формы реализации психологической коррекции. Психокоррекционная ситуация

51. Принципы подготовки и виды коррекционных программ

52. Психическое недоразвитие и основные психокоррекционные технологии

53. Психокоррекционные технологии при задержке психического развития у детей и подростков

54. Психологическая коррекция при поврежденном психическом развитии

55. Психологическая коррекция детей с искаженным психическим развитием

56. Психокоррекционные технологии для детей с церебральным параличом

57. Психокоррекционные технологии при дисгармонии психического развития у детей и подростков

58. Эмоциональные нарушения в детском возрасте, пути их коррекции и психокоррекционные технологии
59. Игровая и арт-терапия как средство психологической коррекции
60. Понятие о детской психотерапии и ее направлениях. Способы решения проблем детей и подростков.
61. Понятие дизонтогенеза. Этиологические факторы дизонтогенеза (биологические, социально-психологические)
62. Классификация типов дизонтогенеза (Лебединский В.В, Семаго Н.Я., Семаго М.М.)
63. Патопсихологические параметры, определяющие характер психического дизонтогенеза.
64. Развитие представлений об умственной отсталости.
65. Общая характеристика умственной отсталости: этиология, степени, особенности развития.
66. Варианты и формы тотального недоразвития по Семаго.
67. Развитие познавательной сферы при тотальном недоразвитии.
68. Задержанное психическое развитие. Классификация Певзнер М.С., Лебединской К.С., Семаго и др.
69. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с ЗПР.
70. Нарушения речи (задержка речевого развития, общее недоразвитие речи, дизартрия и др.)
71. Общая характеристика гиперкинетического расстройства. Диагностические критерии
72. Синдром Туретта: этиология, основные проявления.
73. Искаженное развитие: этиология, общая характеристика.
74. Ранний детский аутизм: причины и клиническая картина.
75. Классификация раннего детского аутизма (Лебединская К.С., Никольская О.С.)
76. Детская шизофрения: этиология, клинические проявления.
77. Дисгармоничное развитие: определение, виды, общая характеристика.
78. Расстройство поведения: этиология, клинические проявления.
79. Генерализованное тревожное расстройство: причины возникновения, клинические проявления.
80. Обсессивно-компульсивное расстройство: причины возникновения, клинические проявления.
81. Поврежденное развитие: характеристика, виды.
82. Развитие после органического повреждения ЦНС. Характеристика, виды.
83. Развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы. Характеристика, виды психотравмирующих ситуаций.
84. Нарушение слуха: этиология, классификации.

85. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с нарушением слуха.
86. Нарушение зрения: этиология, классификации.
87. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с нарушением зрения.
88. Детский церебральный паралич (ДЦП): этиология, классификации.
89. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с ДЦП.
90. Нарушения сна: виды, причины.
91. Расстройства, связанные с освобождением организма: энурез.
92. Расстройства, связанные с освобождением организма энкопрез.
93. Расстройства питания у детей: ожирение.
94. Элективный мутизм: этиология, общая характеристика.
95. Жестокое обращение с детьми

Перечень типовых задач (для оценки умений):

Задание: на основе анализа предложенного клинического случая

- 1) определить имеющееся у ребенка психическое нарушение;
- 2) указать законодательные и правовые акты, которыми необходимо руководствоваться при оказании ему психолого-педагогической помощи;
- 3) сформулировать психолого-педагогические рекомендации заинтересованным в данном случае лицам;
- 4) определить основные параметры целесообразного в данном случае психологического просвещения (адресат, основное содержание, средства)

1. Ваня, 16 лет. Наследственность отягощена: отец был с большими странностями, оставил семью. Ребенок воспитывался матерью. Был малозаметным, тихим, учился хорошо. С 14 лет поведение его значительно изменилось: уединялся, избегал людей, стал злобным, вступал в драки с соучениками, проявлял при этом жестокость. Беспочвенно хихикал, на улице толкал прохожих, особенно пожилых людей, неоднократно срывал шляпы с женщин. Резко снизилась успеваемость, часто пропускал уроки, получал неудовлетворительные оценки, на замечания учителей не реагировал, во время уроков вдруг начинал изображать собачий лай или кошачье мяуканье. Дома завел собаку, дрессировал её, натравливая на соседей. Часто подходил к своей матери, ласкал её, а затем внезапно кусал до крови, при этом злорадно хохотал. Из-за агрессивного поведения был помещён в психиатрическую больницу. При осмотре: лицо гипомимично, избегает взгляда, смотрит в сторону; беседу ведёт пассивно, на вопросы отвечает односложно, уклончиво, монотонным голосом. Отрицает все факты, сообщённые о его неадекватном поведении, но говорит об этом равнодушно. Никаких планов на будущее не имеет. Бредовых идей не высказывает, наличие галлюцинаций у себя отрицает. Находясь в психиатрической больнице свыше месяца, совершенно не тяготился

пребыванием там, издевался над другими больными, всячески задевал их, царапал до крови, при этом с наслаждением хихикал.

2. Миша Н., 7 лет, ученик 1-го класса массовой школы. Развивался спокойным, смышленным ребенком. Всегда отличался обостренной чувствительностью и уже в дошкольном возрасте – повышенной аккуратностью и выраженным чувством ответственности при исполнении поручений взрослых. В школу пошел охотно, занимался прилежно, первое полугодие закончил преимущественно с оценками «пять». К концу первой четверти был избран сверстниками руководителем группы детей, которые готовятся стать октябрятами, гордился этим поручением, активно исполнял возложенную на него обязанность. Однако вскоре столкнулся с встревожившим его противоречием: при самом добром его отношении к одному из мальчиков встретил с его стороны лишь дерзость и неприязнь. Дома начал высказывать сомнения в том, правильно ли он себя ведет в этих обстоятельствах. Через 2 недели после появления этих переживаний во время урока попросил разрешения выйти в туалет. После дефекации возвращался в класс, но перед дверью вновь почувствовал позыв; вернулся в туалет, но затем это повторялось до конца урока. Родители обратились к врачу. Около недели не посещал школу. Состояние улучшилось. Через месяц перенес ветрянную оспу. Лечился дома. Каждое утро, начиная готовиться к школе, испытывал повторяющиеся позывы на мочеиспускание, которые приобрели все более навязчивый характер. Как только родители принимали решение не направлять его в школу, эти явления снимались. Обеспокоенные тем, что их сын пропускает занятия, родители на следующей неделе настаивали на посещении им школы, несмотря на усиливающиеся беспокойство мальчика, тревожность, опасение, что в школе не сдержится. Навязчивые позывы на мочеиспускание усиливались, становились особенно частыми каждый раз в часы приготовления к посещению школы. В классе мальчик становился все более отвлекаемым, не мог сосредоточить внимание на учебном материале. При любом обычном волнении чувствовал позыв на мочеиспускание. После посещения туалета у него вновь возникали рецидивы. Прекращал занятия, уходил из школы. Дома стал беспокойным, раздражительным, плаксивым. Появилась необычная привычка (ритуал): при первом позыве на мочеиспускание утром делал три оборота вокруг и только тогда шел в туалет, «становилось легче». Часто сжимал бедра, пытаясь сдержать позыв. Иногда при этом плакал. Со временем разладился сон, долго не мог заснуть. «Все думалось», что в школе может «опростоволоситься». Вскоре совсем перестал посещать школу. Консультация у специалиста и амбулаторное лечение малыми транквилизаторами в сочетании с психотерапией привели к полному выздоровлению мальчика. Через 1/2 года он здоров, посещает школу, успеваемость хорошая.

3. 12-летний Ленья с раннего детства вспыльчивый, легко возбудимый, агрессивный, скорый на расправу. Мать он никогда не слушался, чуть что – мог раскричаться, топал ногами, швырял первым попавшимся под руку предметом. С сестрой тоже никогда не жили мирно, все время ссорились и кричали друг на друга, придумывали обидные прозвища. Вместе со своими приятелями Ленья задирали ребят из другого двора, часто дрался, махал кулаками с азартом, любил выходить победителем и унижать побежденного, требуя от него, чтобы тот на коленях вымаливал прощения.

4. Леша любит привлекать к себе внимание чем угодно, даже экстравагантными выходками или одеждой. Но он болезненно самолюбив и не переносит, когда задевают его самолюбие. Однажды один из одноклассников презрительно обозвал его «петухом». Другой бы на месте Леша нашел, что ответить, или просто не обратил бы внимания на эти слова, но для Леша это было настоящей драмой – его «оскорбили» перед всем классом, а самое главное, перед девочками. Он ушел, хлопнув дверью, а потом категорически отказывался посещать школу. Родителям пришлось перевести его в другую, но и там повторилась аналогичная ситуация.

5. Аркадий. С детства капризный, избалованный, не привык ни с кем считаться. Со сверстниками вел себя высокомерно, считал себя гораздо умнее их. Детские учреждения не посещал, до 7 лет воспитывался бабушкой, которая в нем души не чаяла, все позволяла и всю свою пенсию тратила на игрушки и сладости для любимого внука. Получив новую игрушку, уже через несколько дней терял к ней интерес, ломал ее или забрасывал и требовал новых. Родители периодически пытались вмешаться в «воспитательный» процесс, наказывали сына за шалости, но бабушка всегда защищала внука. В школе учился неровно. Память у него была хорошая, бабушка рано обучила его читать, писать и считать, поэтому он сразу заявил учителям, что все знает и ему в школе неинтересно. На уроках, когда всем давали задания, демонстративно смотрел в окно, на замечания учителей говорил, что не будет «писать закорючки». В начальных классах значительно опережал сверстников по своему развитию и еще больше загордился. Когда учительница после его очередного отказа выполнить задание велела ему идти домой, раз он все уже знает, не подчинился ей, заявив, что сам знает, когда ему приходится в школу и когда уходить. Она взяла его за руку и пыталась вывести из класса, чтобы отвести к завучу. У дверей он упал на пол, стал кататься, колотить по полу руками и ногами, закатываясь в пронзительном крике. Но учительница никак не прореагировала на такое поведение, вернулась к своему столу, приказала ученикам не обращать на него внимания и продолжила урок как ни в чем не бывало. Аркадий еще немного поколотил в пол руками и ногами, поглядывая на одноклассников и учительницу,

надеясь на их ответную реакцию, но никто в его сторону даже не смотрел. Он остался лежать на полу, униженный и растерянный.

6. 4-летний Женя повторно перепроверяет свои действия из-за постоянных сомнений, все ли он сделал и сделал ли так, как надо. У него склонность к гуманитарным наукам, он много читает, хорошо излагает свои мысли. Но написать школьное сочинение – для него проблема. Он пишет несколько предложений, но не может из многих вариантов выбрать оптимальный, все ему не нравится и кажется, что он недостаточно точно выразил мысль, хотя у него хороший слог и пишет он всегда хорошо. Женя зачеркивает написанную фразу, пишет по новому и опять не может решить, то ли оставить так, как есть, то ли еще лучше отшлифовать предложение. Пока он выбирает, как лучше написать, урок кончается. Другие ребята уже написали сочинение и сдали его, а он еще бьется над какой-то фразой, которая ему не дается. Учительница собирает тетради, а он не успел написать сочинение даже наполовину. Он очень расстраивается по этому поводу, так как литература – его любимый предмет, а за все сочинения он получает «тройки» из-за того, что не успевает.

7. Дима очень впечатлительный, пугливый. В детстве боялся темноты, просил маму не выключать свет на ночь. В школе быстро устает, к концу урока становится невнимательным, неусидчивым. Придя домой, долго не может сесть за уроки, жалуется матери, что устал и ему не хочется заниматься. Мама всегда помогает ему готовить уроки, пишет черновик, а Дима переписывает на белом. Часто пропускает занятия. При утомлении становится раздражительным и плаксивым. В школе все дразнят его «плаксой», никто с ним не хочет дружить, девочки над ним смеются.

8. По гуманитарным предметам Гена порой поражал учителей своей эрудицией, но к тому, что было ему неинтересно, относился пренебрежительно и был совершенно равнодушен, даже если ему ставили «двойки» по нелюбимым предметам, заявляя учителям, что не желает тратить время на ерунду, приобретая знания, которые ему не пригодятся. «Человеческий мозг – это не пыльный чердак, чтобы забивать его всяким хламом», – заявлял подросток оторопевшему учителю, когда тот спрашивал его, почему он не любит его предмет. Но и к тому, что его хвалят, Гена относится равнодушно. «Мнение бездарей не имеет для меня значения», – сказал он, когда ему хотели вручить грамоту за самый лучший реферат по истории. Мать его просто обожает, считает необычайно одаренным. А он к ней относится довольно прохладно.

9. Олег Л. 14 лет. Отец – военнослужащий, властный, деспотичный, не терпит возражений. Мать – домохозяйка, тихая, робкая женщина, во всем подчиняется отцу. Олег физически крепкий, выше и сильнее многих сверстников. По характеру с детства – неуправляемый, вспыльчивый,

жестокий. Иногда ни с того ни с сего начинал придирается к матери (отца он боялся, так как тот нередко наказывал его ремнем), все ему было «не так», а когда она робко спрашивала, что случилось, чем он расстроен, мог взорваться «как порох», топал ногами, обзывал ее нецензурными словами, требовал, чтобы она к нему «не приставала со своим сюсюканьем». В один из таких приступов дисфории схватил с плиты кипящий чайник и швырнул в мать. Она получила сильные ожоги, но от отца скрыла истинную причину, сказав, что сама ошпарилась кипятком. Матери он совершенно не подчинялся, боялся только отца. Она вообще перестала спрашивать о чем-либо сына, так как в ответ он грубил или злился, лицо краснело, глаза становились «сумасшедшими», заявлял, что ненавидит ее, она его раздражает своим «кудахта- ньем», а если она начинала плакать, злился еще больше и мог ударить. Не раз бил мать, нанося беспорядочные удары куда угодно, а она лишь плакала, просила у него прощения и закрывала лицо руками. Но от отца это скрывала, а если был кровоподтек на лице, говорила, что на улице ребенок нечаянно попал в нее камнем или якобы она сама ударилась. Мать сына обожала и все ему прощала. Отца постоянно не было дома, приходил с работы поздно, часто ездил в командировки.

10. Девятилетний Боря боится разлуки с родителями. Он не способен играть во дворе, ходить в гости к другим детям или же оставаться дома с няней. Если Боре приходится расставаться с родителями, он плачет или устраивает истерику. Когда его мать собирается выйти из дома, ему в голову приходят самые тревожные мысли, ему кажется, что может случиться несчастье, и он задает бесконечные вопросы: «А что если с мамой что-нибудь произойдет?» Когда она расстраивается или сердится, Боря тревожится еще сильнее. Чем больше его охватывает тревога, тем больше он спорит с матерью, и тем сильнее она сердится. Кроме того, Боря угрожал, что нанесет себе телесные повреждения, если его будут заставлять ходить в школу. Проблемы Бори, связанные со страхом разлуки, начались около года назад, когда его отец страдал запоями и часто подолгу не появлялся дома. В течение года состояние Бори ухудшалось, пока он окончательно не отказался ходить в школу. Родители обращались за помощью, но проблемы Бори продолжали усугубляться. У него сформировались заметные симптомы депрессии, включая уныние, чувство вины и возникающее время от времени желание умереть.

11. Восемилетняя Лена в течение двух лет жалуется на то, что очень боится пауков. «Пауки отвратительны, – говорит она. – Я до смерти пугаюсь, когда по мне ползет паук, особенно когда просыпаюсь от этого. Если я вижу паука, даже самого маленького, мое сердце стучит, руки становятся холодными и влажными, и я начинаю трястись». Мать Лены говорит, что ее дочь становится мертвенно бледной, когда видит паука даже на расстоянии, и старается избежать любой ситуации, в которой, как

ей кажется, она может встретиться с ним. Страх Лены начал мешать ее повседневным делам. Например, она не желает играть во дворе и отказывается выезжать за город с классом или семьей, потому что там она может увидеть паука. Она боится идти вечером спать, поскольку опасается, что во сне по ней может ползать паук.

12. Шестнадцатилетняя Евгения смотрела телевизор после небогатого событиями школьного дня. Внезапно ее охватило сильное ощущение головокружения и удушья, словно ей не хватало воздуха. Ее сердце стало стучать так быстро, что, казалось, вот-вот разорвется. Приступ протекал так стремительно и был таким интенсивным, что Евгения запаниковала и решила, что у нее сердечный приступ, от которого она умрет. У нее возникло сильное потоотделение и началась дрожь, ей казалось, что комната вращается вокруг нее. За две минуты эти ощущения достигли пика... но это был седьмой приступ, пережитый Евгенией в течение этого месяца. Она в отчаянии побежала к матери и в очередной раз стала умолять доставить ее в приемный покой скорой помощи.

13. Крупная немецкая овчарка набросилась на шестилетнюю Машу, когда девочка сопровождала свою мать к соседской ферме. Ее семилетний брат и две младшие сестренки стали свидетелями этого происшествия. Хотя мать предупреждала детей, что лучше держаться подальше от собаки, Маша и брат позволили собаке подойти к ним, и брату удалось погладить ее. Тогда Маша тоже протянула руку чтобы погладить собаку и та набросилась на нее. Мать немедленно наложила повязку на кровоточащую рану, в то время как младшие девочки вцепились в ноги матери. Хозяин собаки (который шел за ней по дороге) запаниковал и побежал к дому детей за их отцом. Собака осталась не привязанной и лаяла на перепуганную семью около 20 минут. Отец привел семью домой, промыл рану Маши и отвез ее в больницу. После этого несчастного случая у детей стали появляться приступы страха, и все они возвратились к паттернам поведения раннего возраста, таким как ночное недержание мочи и сосание пальца. Также у них возникли раздражительность, расстройства сна и кошмары. Более того, у Маши развился интенсивный страх перед медицинскими процедурами и любыми ситуациями, напоминавшими ей о медицинской процедуре. Последующие визиты к пластическому хирургу сопровождались интенсивным страхом и приступами паники. Сильный дистресс проявлялся в повседневных ситуациях оказания первой помощи, например при обработке царапин

14. Тринадцатилетнюю Ф. привели к врачу в связи с нежеланием учиться, нарушением социальных контактов дома и в школе, расстройством сна. Родители впервые обратили внимание на возникшие сложности около года назад, сразу после того, как мать девочки попала в больницу с пневмонией. Ф., учившаяся в шестом классе, стала

отказываться посещать школу. Чтобы не ходить в школу, она жаловалась на боли в желудке. В это же время нарушилось и социальное поведение. Она хотела все время быть рядом с матерью, часто обращалась к ней за помощью, выполняя работу по дому и свои ежедневные обязанности. Девочка стала очень тихой, казалась печальной и несчастной, избегала проявлять социальную активность дома и в школе. Вскоре после этого она стала жаловаться на проблемы со сном и потерю аппетита. Примерно в это же время снизились ее оценки в школе: с четверок до троек и двоек. Ф. говорила, что никто ее не любит, что у нее ничего не получается, и ее жизнь безнадежна. Обследование психического статуса показало, что Ф. тихая, некоммуникабельная девочка, которая использовала лишь несколько базовых социальных навыков. Она редко вступала в контакт глазами, говорила невнятно, использовала небольшой набор слов, редко инициировала беседу и не могла сказать ничего положительного о себе. Она признавала это чувство и отрицала любые позитивные черты, не объясняя подробно своих переживаний; признавала нарушения сна. Ф. отрицала тревожные и панические приступы, суицидные или агрессивные мысли, намерения или планы. У нее не обнаружены перцептивные или мысленные нарушения. Она ориентирована в собственной личности, времени и месте (т.е. знает время и день недели, кто она и где находится).

15. Мать и педагог 10-летнего Димы обеспокоены его раздражительностью и вспышками гнева, которые случаются у него в школе и дома. По малейшему поводу он раздражается слезами, криками и бросается разными предметами. В классе он выглядит рассеянным и ему бывает трудно сосредоточиться. Избегаемый сверстниками, он один играет на переменах, а дома чаще всего сидит у себя в комнате – смотрит ТВ, играет на компьютере. По словам матери, он стал плохо спать и прибавил в весе 4,5 кг за последние два месяца из-за постоянного перекуса. Школьный психолог исключила у Димы нарушение способности к обучению и СГДВ. По ее словам, Дима глубоко несчастный ребенок, который переживает ощущение своей никчемности и бесполезности, высказывает желание умереть. Эти симптомы появились примерно 6 месяцев назад, после развода родителей (отец ушел к другой женщине и уехал в другой город).

16. ...Леше около двух лет. Часто он играет не как обычные дети: подолгу открывает и закрывает дверцы шкафа, перебирает ложки, кастрюльки, крутит колесо велосипеда или коляски. При этом у него есть и любимые игрушки, он всегда их находит, подает по просьбе. Понимает, о чем просят, но то слышит, то как будто нет, то идет на зов, то «уходит в себя». Больше всего любит играть с водой или песком: наблюдает, как вода стекает с пальчиков, пытается поймать песчинки, пересыпающиеся из одной посудинки в другую. Много времени может смотреть на бегущий ручей или катящиеся волны. Частенько водит перед глазами расставленными пальчиками. Долго не может заснуть. С Алешей на руках

вышагивают по комнате многие километры, уже исчерпан весь песенный репертуар, но ребенок не спит. А ведь перед сном он гулял, пил успокаивающий травяной настой, принимал прохладную ванну. Кажется, он совершенно спокоен, и, тем не менее, засыпание растягивается на час-два. И так почти ежедневно.

17. Беременность и роды у матери Джона протекали нормально. В младенческом возрасте проблем с кормлением и со сном у него тоже не было. Мальчик мог часами лежать в своей колыбели со счастливым и довольным видом. Он научился сидеть без поддержки в шесть месяцев (срок, находящийся в пределах нормы), а вскоре после этого начал ползать. Родители считали Джона самостоятельным и своевольным ребенком, однако бабушке казалось, что он не проявляет достаточного интереса к людям. Джон научился ходить в возрасте около года. Однако на втором году жизни обнаружили отставания в развитии. Ребенок издавал разнообразные звуки, но не произносил ни одного слова. Более того, его навыки общения были настолько неразвитыми, что, даже когда Джону исполнилось три года, его мать зачастую не могла понять, чего же хочет ее ребенок (в этом отношении он вел себя, почти как младенец). Иногда он хватал мать за руку и тащил ее к раковине, но ни разу не произнес при этом каких-либо звуков, напоминающих слово «пить». Кроме того, к этому времени родители Джона начали беспокоиться по поводу его удивительного безразличия к ним. Если он падал и ушибался, то не прибегал к родителям, чтобы они его утешили. Джон никогда не проявлял признаков беспокойства, если его мать уходила и оставляла его со своей дальней родственницей или соседкой. Казалось, кубики интересуют его больше, чем окружающие люди. Он мог часами выкладывать из кубиков фигуру, которая всегда имела одну и ту же форму, а кубики разных цветов всегда располагались в ней в одном и том же порядке. Порой родителям казалось, что Джон глух, поскольку он не реагировал, когда его звали по имени. В то же время он иногда поворачивал голову на еле слышный звук самолета, пролетавшего над домом. Когда Джону исполнилось три года, родители начали все больше беспокоиться за него, несмотря на заверения их семейного врача, что с Джоном все в порядке. Джон до сих пор не говорил и не проявлял никакого интереса к другим детям. Он не махал рукой на прощание, и на его лице не было заметно никаких признаков радости, когда с ним пытались играть в «ку-ку». Джон всегда уворачивался от объятий матери и, казалось, любил только агрессивную возню с отцом. Мать беспокоилась, думая, что она делает что-то не так, и, отвергнутая собственным ребенком, чувствовала себя виноватой и подавленной. В четыре года Джон внезапно начал говорить, причем используя полные предложения, однако его речь была крайне необычной.

18. Алёша, 13 лет. Дед по линии матери был странным. Мальчик развивался своевременно, но с 2 лет стал беспокойным, плаксивым,

замкнутым. Рано проявил интерес к книгам, любил читать. В школе учился хорошо, но с ребятами не сходилась, говорил, что они плохие. В 10 лет стал более молчаливым. Начал совершать какие-то странные движения руками: складывал ладони вместе и поглаживал предметы. Однажды сказал родителям, что без этих движений не может сделать ни одного дела, хотя устаёт от них. Снизилась успеваемость. С 12 лет появились состояния, когда иногда по несколько часов молча стоял, глядя в одну точку, отказывался от еды. Приходилось его кормить. Совершенно не воспринимал учебный материал, не выполнял письменных работ, писал какой-то набор слов, вычёркивая отдельные буквы. Застывания постепенно становились более длительными. Мальчик рассказал матери, что в это время видит какие-то наплывающие круги от лампы, иногда – каких-то детей на потолке, боится их. При обследовании взгляд устремлён в пространство. Grimасничает, прищёлкивает губами, дует. Скван, но делает какие-то движения левой рукой. На вопросы отвечает отрывисто, односложными фразами. Рассказал, что при застывании не может двигать руками и ногами, не может говорить, потому что плохо двигается язык; иногда слышит мужские голоса, говорящие о нём, видит людей, которые за ним гонятся. В отделении состояние застываний продолжается, иногда же больной импульсивен, негативистичен, нападает на детей. Под влиянием лечения трифтазином и лево-мепромазином стал спокойнее и по настоянию матери был взят домой. Но дома оставался вялым, заторможенным, застывания продолжались.

19. Валя, 15,5 лет. Дядя его по линии отца странный, тётка лечилась в психиатрической больнице, мать малообщительная, мнительная. Отец погиб на фронте, был весёлым, энергичным человеком. Раннее развитие протекало нормально. Тяжёлых заболеваний не было. В школу пошёл в возрасте 7 лет, считался любознательным, способным, умным ребёнком, увлекался шахматами, много читал. Изменения поведения возникли в 12 лет, когда стал грубым, непослушным, отказывался делать уроки, надолго уходил из дома. С 14 лет началось ускоренное физическое и половое развитие. Стал сексуальным в отношении матери: стремился лечь к ней в постель, открыто занимался онанизмом. В то же время был враждебен к матери, жесток с ней, груб, при замечаниях нецензурно бранился. Через год начал говорить, что он уродлив: у него тонкие ноги, большой живот. Рассматривая себя в зеркало, приговаривал: «Я сумасшедший, я псих». Стал неряшливым. При замечаниях, заявлял матери, что специально делает всё ей назло. Издевался над ней: бил, мочился в комнате и брызгал на мать. Обвинял в том, что из-за неё он плохо учится и такой урод, что она его погубила. Не разрешал матери прикасаться к его пище, посуде. Часто мыл руки, боялся заразы. Обжигал хлеб на огне. Школу продолжал посещать, но, по наблюдению педагогов, потерял ко всему интерес, стал вялым и в то же время крайне недисциплинированным, непослушным. Вскоре перестал заниматься совсем. Весь день ничего не делал, пристрастился к игре в

карты на деньги. Перестал ходить в школу, обманывал мать и педагогов. Подолгу пропадал из дома. Психический статус: во время беседы не смотрит на собеседника. Лицо маловыразительное, иногда неадекватная улыбка. Голос грубый. Никаких жалоб не высказывает. Считает себя совершенно здоровым, говорит, что его оклеветала мать, она сама сумасшедшая. Он её ненавидит, хотел бы, чтобы она умерла. Когда остаётся один в комнате, слышит оклики и звонки. В отделении задевает слабых детей, нецензурно бранится. Дурашлив, гримасничает, онанирует. В классе вял, пассивен, безынициативен. Прожорлив, много пьет. Ни к кому не привязан. Настроение колеблется: то вялость и безразличие, то пустая веселость и дурашливость. По катamnестическим данным: в течение года был в состоянии тяжелого кататонического ступора. И в настоящее время находится в больнице. Бездеятелен, пассивен, дурашлив, бредовое отношение к матери сохраняется.

20. Мать семилетнего Джона признает свою беспомощность. «Он начал ходить в 10 месяцев, и с тех пор я не могу присесть ни на минуту. Как и положено ребенку, он постоянно носится по дому натываясь на все, что ни попадется на его пути. Джон все время подвижен, импульсивен и никогда не обращает внимания на то, что ему говорят. Я прошу его положить рубашку в корзину для грязного белья, а потом обнаруживаю, что он все еще играет с ней на полу. Джон не знает повседневных привычных занятий и игр и мало спит. Наказания и методы воспитания, которые я использую с другими моими детьми, на него не действуют. Он не помнит о том, что только что совершил. Джон может схватить кусок черствого пирога и тут же отрицать, что брал его. Он никогда ничего не доводит до конца, редко (за исключением видеоигр) присаживается посмотреть телевизор. Учитель говорит; что главная задача, стоящая перед Джоном в школе, – не отвлекаться во время выполнения задания и не терять нить происходящего. В классе он болтает и постоянно ерзает или вскакивает со стула. Хотя Джон может сам делать домашнее задание, он часто забывает принести домой необходимые для этого книги. Выполнив домашнюю работу, он забывает положить ее в свой ранец или взять его с собой. Джону очень трудно ждать своей очереди или подчиняться правилам вместе с другими детьми. Сверстники считают его «странным» и не хотят играть с ним».

21. Ник (10 лет). Несмотря на неряшливость Ник – нормальный, здоровый мальчик... он любит спорт, особенно футбол, плавание и рыбалку. У него талант к рисованию и способности к математике... Но Ник не похож на других детей. Когда ему было всего два года, он вышел из комнаты на кухню, положил две консервные банки с едой для кошек на плиту и включил горелку – одна из банок взорвалась. За прошедшие 8 лет Ник убивал домашних животных, устраивал пожары, избивал одноклассников, портил чужие вещи, крал деньги и терроризировал свою младшую сестру... В прошлом марте он, находясь в церкви, бросил камнем

в девочку и рассек ей голову так, что потекла кровь. Он поджигал свою комнату, сталкивал сестру с лестницы, избил цепью собаку, принадлежащую их семье, и украл 20 долларов из бумажника матери.

22. 10-летний Грег живет дома со своей матерью, отцом, маленькими братьями и сестрой. Соседи судачили о нем из-за частых драк, гиперактивности, вспышек гнева и разрушительного поведения дома и в школе. Дома Грег ссорился с матерью, затевал драки с братьями и сестрой, без спроса брал деньги у родителей и постоянно угрожал отцу и матери, что устроит пожар, когда они пытались заставить его слушаться. Три раза он действительно поджег ковры, одеяла и мусор у себя дома. Один из этих пожаров нанес ущерб на несколько тысяч долларов. Грег часто лгал; в школе его ложь ставила других в трудное положение, он затевал драки со сверстниками и отрицал все свои плохие поступки. Грега поместили в клинику так как его родители почувствовали, что мальчик стал совершенно неуправляемым. Они, в частности, упоминали несколько особенно опасных инцидентов – например, попытку Грега задушить своего 2-летнего брата, придерживая подушку на его лице. Кроме того, незадолго до этого Грег вечером гулял по улицам и бил стекла у припаркованных машин. Родители Грега время от времени прибегали к суровым наказаниям, применяя лопаты и ремни или запирая мальчика в его комнате на 2-3 дня. В течение последних двух лет отец Грега редко работает и большую часть времени проводит дома – спит или смотрит телевизор. Потери дохода привели к увеличению стресса. Грег сказал, что он не мог оставаться дома, так как отец все время сходил с ума из-за пустяков. Мать Грега постоянно работала и ее часто не бывало дома. У нее возникали депрессии и за последние 3 года она два раза пыталась покончить с собой. В каждом случае ее забирали в больницу приблизительно на 2 месяца. Поведение Грега дома и в школе ухудшалось в эти периоды. Хотя Грег обладал нормальным интеллектом, его школьные оценки были ниже нормального уровня и он учился в специальном классе, так как был слишком активным и его поведение отличалось деструктивностью. Родителям мальчика сказали, что если они не обратятся к врачу, то Грег не сможет вернуться в школу в следующем году. Те не знали, куда обратиться. Они обсуждали возможность отказаться от Грега или поместить его в специальную школу-интернат с более строгой дисциплиной, которая его «воспитает».

23. Алена, 10 лет, направлена к терапевту после того, как у нее стало возникать постоянное беспокойство и жалобы на плохое самочувствие. По словам матери, девочка беспокоится изза любого пустяка. Сама девочка говорит, что особенно ее беспокоит, что она недостаточно хорошая дочка, что над ней могут смеяться другие дети, что она получит плохую оценку в школе, что произойдет несчастный случай и т.д. Целыми днями Алена обдумывает уже произошедшее, например, что она вчера сказала в классе,

или то, как она написала контрольную работу на прошлой неделе. Она говорит, что если только начинает беспокоиться, то уже не может остановиться, как бы ни старалась. При этом у нее начинается головная боль, боль в животе и сильное сердцебиение. Мать, которая очень встревожена состоянием дочери, говорит, что Алена чрезвычайно критично относится к себе и нуждается в постоянном одобрении.

24. 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 в Детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из двух-трех слов. При патопсихологическом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и 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.

25. Ваня М., 5 лет находится на лечении и обследовании в условиях стационара в связи с ночным энурезом. Из беседы с матерью известно, что ребенок родился недоношенным, в течение первого месяца жизни находился в отделении патологий новорожденных. Отставало формирование навыков: сидеть Ваня стал к 9 мес, ходить в 1 год и 3 мес, отдельные слова стал произносить в 1 год и 2 мес, фразовая речь появилась к 4 годам. Ночной энурез отмечается непрерывный, частый, иногда до двух раз за ночь. Сейчас мальчик веселый, подвижный, посещает детский сад. Воспитательница жалуется, что он часто дерется, неусидчивый, не справляется с учебной программой старшей группы, с трудом одевается, не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы. При патопсихологическом обследовании испытуемый охотно беседует, играет. Внимание неустойчиво, выполнение заданий прерывается шумной игрой, беганием по кабинету. Доступно выполнение 2 «Досок Сегена». Рисунок человека на уровне «головонога». Ребенок может собрать разрезанные картинка из двух фрагментов, с помощью экспериментатора – из трех. Механическое запоминание – нижняя граница нормы, смысловое (построение фразы) – значительно лучше. Доступны простые обобщения:

«игрушки», «еда», «животные». Для выполнения всех заданий необходимо постоянное привлечение внимания, пошаговые инструкции. Самооценка завышена, представление о мнении окружающих не сформировано.

26. Костя Б., 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 мес, сидеть научился к 9 мес, ходить – в 1 год и 5 мес. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь – к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10. При психологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками. Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Механическое запоминание успешно: 5, 7, 7, 10; опосредованное ассоциативное запоминание значительно хуже. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные – невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса. Конструктивный праксис недоступен, рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Установление связи и последовательности событий в серии из 2 картин – с помощью. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

27. Таня В., 7 лет. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течение первого года жизни развивалась успешно, своевременно научилась сидеть и ходить. Отдельные слова появились в 1 год и 3 мес, фразовая речь – к 3 годам. На помещение в детский сад была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем не общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика, и до 7 лет воспитывалась дома. Сейчас Таня знает буквы, счет в пределах 10 пересчетом, несколько отстает в росте и весе от сверстников. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету, играет игрушками. Объем и переключаемость внимания – в норме, произвольная концентрация затруднена. Выполнение заданий на определение способности к механическому запоминанию показало такие результаты: 2, 4, 4, 6; при запоминании фраз – 9 слов с первого предъявления. Интеллект – в границах возрастной нормы, но испытуемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается несформированность понятия числа, затруднение фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются при предъявлении их в игровой форме: оценкой своей успешности девочка не интересуется, на поощрение реагирует слабо. В тесте на креативность вопросы предметно-познавательные, бытовые: «Сколько стоит

"Сникерс"?» Эмоции живые, лабильные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

28. Саша Ж., 11 лет. Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает другим заниматься. Часто приносит в школу игрушки. Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течение первых двух лет жизни было сотрясение мозга, он перенес тяжелую форму кори. При патопсихологическом обследовании испытуемый особого интереса к заданиям не проявляет, но справляется с ними. Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено: 3,4, 3, 6; ассоциативное – несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных – успешно, понимание пословиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений. Фон настроения неустойчивый, выражена двигательная расторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшают результаты. Самооценка низкая, выраженная уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо, отмечается умеренная школьная тревожность.

29. 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-й и 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 игровая мотивация. Эмоции крайне лабильны. Отмечается высокая внушаемость.

30. Оля С, 16 лет. Девочка находится на стационарном обследовании с целью решения вопроса об инвалидности. Из истории болезни известно, что роды у матери проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Раннее развитие запаздывало: головку держать девочка стала к 5 мес, сидеть – в 9, ходить – в 1 год и 9 мес. Отдельные слова – к 1,5 годам, фразовая речь – к 4-м. Детский сад Оля не посещала, в 8 лет пошла в первый класс обычной школы. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в психолого-медико-педагогическую консультацию, девочка продолжала учебу в обычной школе, дублируя 1-й и 5-й класс. В настоящее время она закончила 9 классов, не аттестована по большинству предметов. Нарушений в поведении нет. Оля житейски не ориентирована, выходит из дому только вместе с матерью, отличается высокой тревожностью. При патопсихологическом обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакции пассивного протеста. Объем и концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено: 2, 3, 5, 5; ассоциативное – ухудшает результаты. Исключение и обобщение производятся по конкретно-ситуативным признакам. Классификация также по конкретно-ситуативным признакам. Понимание пословиц, поговорок, аналогий недоступно. Критичность недостаточна. Вербальный Ю = 52 балла, невербальный = 60. Оказание помощи не улучшает результаты. Самооценка занижена, не дифференцирована. Усвоение школьных навыков резко недостаточно: чтение с ошибками, затруднено понимание прочитанного, решение задач на 2 действия недоступно.

Задания итогового тестирования

1. Клиническая психология:
 - a) междисциплинарная область, участвующая в решении научных и практических задач охраны здоровья населения
 - b) фундаментальная медицинская дисциплина, использующая теорию и методы психологической науки
 - c) комплекс знаний и способностей, которые использует в своей деятельности врач
 - d) глубокое объяснение нормальной психики на основе психиатрических данных
 - e) использование экспериментальных методов при изучении больного
2. Отрасли клинической психологии:
 - a) патопсихология
 - b) нейропсихология
 - c) психофармакология
 - d) психология аномального онтогенеза
 - e) психология телесности
 - f) психология взаимоотношений врач - больной
3. Общая патопсихология:

- a) область междисциплинарных исследований, направленная на изучение проблемы соотношения психики и сомы
 - b) наука о закономерностях нарушений структуры психических процессов и свойств личности при разных патологических состояниях
 - c) часть медицины, посвященная описанию и изучению симптомов и синдромов при отдельных психических болезнях
 - d) изучение особенностей нарушения психических процессов, состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга
 - e) наука о закономерностях нарушенного психического развития
4. Нейропсихология изучает:
- a) мозговую организацию психической деятельности человека и ее нарушения при локальных поражениях мозга
 - b) принципы работы мозга, которые основаны на общепсихологических представлениях о психике человека
 - c) общие закономерности психической деятельности на патологическом материале
 - d) мозговые основы психической деятельности
 - e) клинические феномены при локальных поражениях мозга
5. ... направлена на "исправление" относительно стойких аномальных черт психики, обуславливающих повышенный риск заболеваемости, рецидивов, инвалидизации.
6. Экспериментальные исследования Л.С. Выготского, которые послужили материалом, для построения теории и связи познавательной и мотивационной сфер:
- a) умственной отсталости
 - b) шизофрении
 - c) раннего детского аутизма
 - d) локальных поражений головного мозга
 - e) задержки психического развития
7. Принцип обучающего эксперимента предложен:
- a) Л.С. Выготским
 - b) Б.В. Зейгарник
 - c) А.Я. Ивановой
 - d) Н.И. Непомнящей
 - e) В.В. Лебединским
8. Основная задача экспериментально-психологических исследований в изучении природы аномалий развития личности и недоразвития психики:
- a) выявление основных компонентов психической деятельности, которые обуславливают формирование общей патологической структуры психики
 - b) изучение структуры и индивидуально-типологических особенностей личности

с) исследование функционально-динамических нарушений нервной деятельности

д) исследование психических процессов и свойств личности анализ психопатологических проявлений

9. Патопсихологический эксперимент направлен на:

а) измерение отдельных психических процессов

б) качественный анализ различных форм распада психики

с) исследование человека, совершающего реальную деятельность

д) раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления

10. Диспропорциональность развития является ведущим признаком для таких аномалий как:

а) дефицитарное

б) задержанное

с) искаженное

д) дисгармоничное

е) поврежденное

11. Психомоторный уровень нервно-психического реагирования по Ковалеву В.В. характерен для детей в возрасте:

а) до 3-х лет

б) 4-10 лет

с) 5-10 лет

д) 3-4 года

е) 1-2 года

12. Задержка интеллектуального и в определенной мере эмоционального развития, обусловленная культуральной депривацией - это:

13. Наиболее типичной моделью общего психического недоразвития является:

а) задержка психического развития

б) деменция

с) психопатия

д) олигофрения

е) парциальная несформированность ВПФ

14. Варианты задержанного психического развития:

а) соматогенная

б) психогенная

с) церебрально-органическая

д) искаженная

е) поврежденная

15. Традиционно считается, что феномены повреждения могут возникать только при воздействии повреждающих факторов после следующего возраста:

а) 2-3

б) 7

- c) 5
 - d) 11-15
 - e) 1
16. Искаженное развитие включает:
- a) психопатию
 - b) олигофрению
 - c) эпилепсию
 - d) ранний детский аутизм
 - e) деменцию
17. Показательными моделями дисгармонического развития являются:
- a) деменция
 - b) психопатия
 - c) психопатическое развитие личности
 - d) эпилепсия
 - e) патологические развития личности
18. Психодиагностика аномальных детей включает следующие направления:
- a) изучение умственного развития детей
 - b) изучение личностного развития
 - c) исследование готовности к школьному обучению
 - d) исследование нарушений в развитии ребенка
 - e) изучение одаренности детей
19. Принцип обучающего эксперимента впервые был предложен:
- a) Б.В. Зейгарник
 - b) Л.С. Выготским
 - c) А.Я. Ивановой
 - d) С.Л. Рубинштейном
 - e) П.Я. Гальпериным
20. Психологический эксперимент при исследовании аномальных детей должен выявить:
- a) потенциальные возможности ребенка
 - b) "зону ближайшего развития"
 - c) только структуру психических процессов
 - d) психическое недоразвитие
 - e) степень снижения психических функций
21. Негативные симптомы отражают явления
- a) выпадения психических функций
 - b) повреждения психических функций
 - c) остроты патологического процесса
 - d) специфичности возраста
 - e) искажения психических функций
22. Значение критических периодов для развития заключается
- a) являются периодами ускоренного развития функций
 - b) смена одних критических периодов другими задает определенную

- c) последовательность, ритм всему процессу психофизиологического развития в раннем возрасте
 - d) формируют сложные психические функции
 - e) в постепенном накоплении новых признаков
 - f) формируют тип нарушений психического развития
23. Диспропорциональность развития является ведущим признаком для таких аномалий как:
- a) дефицитарное
 - b) задержанное
 - c) искаженное
 - d) дисгармоничное
 - e) поврежденное
24. Психомоторный уровень нервно-психического реагирования по Ковалеву В.В. характерен для детей в возрасте:
- a) до 3-х лет
 - b) 4-10 лет
 - c) 5-10 лет
 - d) 3-4 года
 - e) 1-2 года
25. Стойкое психическое недоразвитие обусловлено:
- a) ретардацией
 - b) гетерохронией
 - c) асинхронией
 - d) акселерацией
 - e) высвобождением более ранних форм нервно-психического реагирования
26. Наиболее типичной моделью общего психического недоразвития является: задержка психического развитияР деменцияР психопатияР олигофренияР парциальная несформированность ВПФР
27. Искаженному развитию более характерна:
- a) гетерохрония развития
 - b) асинхрония
 - c) регресс
 - d) ретардация
 - e) метаморфозы
28. Принципы психологической коррекции включают:
- a) комплексность
 - b) единство
 - c) качественную квалификацию дефекта
 - d) личностный подход
 - e) деятельностный подход

Итоговая работа в форме эссе.

Темы эссе

1. Роль психологов в реабилитации детей с отклонениями в развитии
2. Пути психологической помощи аномальным детям и их семьям.
3. Особенности формирования личности ребенка в семье, отягощенной алкогольной зависимостью.
4. Семья как развивающаяся среда для ребенка с отклонениями в развитии.
5. Семейные аспекты психолого-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.
6. Направления социально-психологической помощи семье.
7. Вклад людей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности в развитии культуры.
8. Формирование интересов у детей с отклонениями в развитии.
9. Этические проблемы деятельности психолога
10. Психологическая служба в специализированных образовательных учреждениях.
11. Психологические проблемы неполной семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии

4. Методические материалы, определяющие процедуру оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Описание процедур проведения текущего контроля успеваемости

студентов

В таблице представлено описание процедур проведения контрольно-оценочных мероприятий текущего контроля успеваемости студентов, в соответствии с рабочей программой дисциплины, и процедур оценивания результатов обучения с помощью спланированных оценочных средств.

Наименование оценочного средства	Описания процедуры проведения контрольно-оценочного мероприятия и процедуры оценивания результатов обучения
Творческое задание	Индивидуальные творческие задания выдаются на практических занятиях, предшествующих изучению предлагаемой темы. Индивидуальные задания должны быть выполнены в установленный преподавателем срок и в соответствии с требованиями к оформлению (текстовой и графической частей). Выполненные задания в назначенный срок сдаются на проверку
Дискуссия	Дискуссии проводятся во время практических занятий. Преподаватель на практическом занятии, предшествующем занятию проведения круглого стола, доводит до обучающихся тему круглого стола, задания и вопросы для проведения круглого стола
Доклад	Защита докладов предусмотренные рабочей программой дисциплины, проводится во время практических занятий.

	Преподаватель на практическом занятии, предшествующем занятию проведения контроля, доводит до обучающихся: тему докладов и требования, предъявляемые к их выполнению и защите
Кейс-задача	Преподаватель не менее, чем за неделю до срока решения кейс-задач должен довести до сведения обучающихся предлагаемые кейс-задачи. Решенные кейс-задачи в назначенный срок сдаются на проверку преподавателю.
Тестирование	тестирование проводится по результатам освоения разделов дисциплины во время практических занятий. Во время проведения тестирования пользоваться учебниками, справочниками, конспектами лекций, тетрадями для практических занятий не разрешено. Преподаватель на практическом занятии, предшествующем занятию проведения теста, доводит до обучающихся: темы, количество заданий в тесте время выполнения.

4.2. Описание процедур проведения промежуточной аттестации

Зачет

При определении уровня достижений обучающихся на зачете учитывается:

- знание программного материала и структуры дисциплины;
- знания, необходимые для решения типовых задач, умение выполнять предусмотренные программой задания;
- владение методологией дисциплины, умение применять теоретические знания при решении задач, обосновывать свои действия.

Проведение промежуточной аттестации в форме зачета позволяет сформировать среднюю оценку по дисциплине по результатам текущего контроля. Так как оценочные средства, используемые при текущем контроле, позволяют оценить знания, умения и владения навыками/опытом деятельности обучающихся при освоении дисциплины. Для чего преподаватель находит среднюю оценку уровня сформированности компетенций у обучающегося, как сумму всех полученных оценок деленную на число этих оценок.

Средняя оценка уровня сформированности компетенций по результатам текущего контроля	Оценка
Оценка не менее 3,0 и нет ни одной неудовлетворительной оценки по текущему контролю	«зачтено»
Оценка менее 3,0 или получена хотя бы одна неудовлетворительная оценка по текущему контролю	«не зачтено»

Если оценка уровня сформированности компетенций обучающегося не соответствует критериям получения зачета, то обучающийся сдает зачет. Зачет проводится в форме собеседования по перечню теоретических вопросов и решения типовых контрольных заданий. Перечень теоретических вопросов и типовых контрольных заданий обучающиеся получают в начале семестра.