**Практические задания по дисциплине**

**«Нарушения психического развития в детском возрасте»**

**Модуль 2**

**«*Клинико - психологическая характеристика отдельных форм отклонений в развитии в детском возрасте*»**

***Задание 2.***

Решите клинические задачи:

*Задача № 1*

Патопсихологическое исследование

Ф.И.О. Дима

Дата рождения: 10.03.07.

Контакт: формальный, отсутствует реакция на эмоции окружающих. В совместную деятельность вступает при внешней организующей помощи, вербальную инструкцию принимает самую элементарную, совместную игру не организует. Познавательный интерес к предъявляемым заданиям крайне минимален. Коммуникативная речь недоступна.

Внимание: мальчик быстро истощается, вследствие неустойчивости внимания удерживает внимание на объекте непродолжительное время. РЕАКЦИЯ НА ОДОБРЕНИЕ:

- адекватная (на одобрение реагирует, не равнодушен к нему).  
РЕ АКЦИЯ НА ЗАМЕЧАНИЯ: есть реакция на замечания.

ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧЕ: отсутствует оценка неудачи. Пассивный уход от выполнения задания в форме отказа и отворачивания от экспериментатора. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ: крайне низкая. Волевые усилия практически отсутствуют, установки на познавательную деятельность крайне минимальны.

ХАРАКТЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: работает формально, нуждается в побуждающем стимулировании. Дезорганизация деятельности проявляется в хаотичном переборе вариантов деятельности. Наблюдается отсутствие мотивации к игровой деятельности.

ОБУЧАЕМОСТЬ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОМОЩИ (во время обследования): обучаемость крайне низкая. Помощь использует недостаточно. Перенос знаний затруднён.

УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: не способен к длительному занятию с игрушкой. В совместную игру с взрослыми не включается. Самостоятельной игры не организует. Отсутствует способность к организации собственного игрового пространства, игра рядом также отсутствует. Игра носит стереотипный, манипулятивный и монотонный характер, который трудно прервать, в игре отсутствует обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная).

Адекватность употребления игрушек:

- совершает адекватные действия с предметами конструктора, но крайне непродолжительно. Наблюдается нарушение избирательности в игрушках.

ЗАПАС ОБЩИХ ПРЕДСТАВЛЕНИ: крайне низкий.

ЗНАНИЕ ЧАСТЕЙ ТЕЛА И ЛИЦА (визуальная ориентация), ориентируется.

ЗРИТЕЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ:

Восприятие цвета: представление о цвете отсутствует, соотношение цвета не проводит.

Восприятие величин: представление о величине присутствует.

Восприятие формы: нет представления о форме.

СКЛАДЫВАНИЕ МАТРЁШКИ : действия адекватные, способы выполнения задания: действие с помощью зрительного соотнесения

ВКЛЮЧЕНИЕ В РЯД: действия неадекватные; способы выполнения задания: без учёта величины.

СКЛАДЫВАНИЕ ПИРАМИДКИ: действия неадекватные, без учёта величины колец. Эмоционально-личностная: крайне неустойчивая. Наличие эмоциональной лабильности и импульсивности. Повышенный фон настроения сочетается с чрезмерной аффективной возбудимостью и двигательной расторможенностью. Непосредственность проявляется в нелепости, неадекватности эмоциональных реакций и поведения, непонимания ситуации и собственной некритичности. Пугливость, тревожность сочетаются со слабостью побуждений, быстрой утомляемостью, истощаемостью. Наличие качественных нарушений социального взаимодействия. Сотрудничество крайне избирательное.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Познавательная сфера отстает в развитии. Наблюдается слабый эмоциональный резонанс на окружающую ситуацию. Слабость контактов наблюдается по отношению, как к медицинскому персоналу, так и к сверстникам. Играет один, речью не пользуется. Избегает зрительного контакта. Характерно чувство неуверенности. Пугливость, тревожность сочетаются со слабостью побуждений, быстрой утомляемостью, истощаемостью. В интеллектуальной деятельности отмечаются нарушения целенаправленной активности, затруднения концентрации внимания. Игровая деятельность предметно-манипулятивного характера. Игра носит стереотипный, манипулятивный и монотонный характер, который трудно прервать. В игре отсутствует обратная связь (как эмоциональная , так и сюжетная). Обучаемость крайне низкая, помощь использует недостаточно. Предметная деятельность в норме. Эмоционально-личностная сфера крайне неустойчивая. Наличие эмоциональной лабильности и импульсивности. Повышенный фон настроения сочетается с чрезмерной аффективной возбудимостью и двигательной расторможенностью. Непосредственность проявляется в нелепости, неадекватности эмоциональных реакций и поведения, непонимания ситуации и собственной некритичности. Пугливость, тревожность сочетаются со слабостью побуждений, быстрой утомляемостью, истощаемостью. Наличие качественных нарушений социального взаимодействия. Сотрудничество крайне избирательное.

**ЗАДАНИЕ: Определить вариант и механизм дизонтогенеза.**

**Описать структуру дефекта.**

*Задача № 2*

Больной С., 6 лет.

**Анамнез:** Родители здоровые. Отец резус-положительный, мать резус-отрицательная. Беременность с токсикозом. На 2 день после родов у ребенка появилась желтуха (державшаяся больше месяца), подъем температуры, анемия. В крови матери был обнаружен высокий титр резус-антител. Мальчику проводилась противовоспалительная терапия, переливание крови (не обменное). Развивался с задержкой: зубы появились в 10 месяцев, сидеть стал в 1,5 года, ходить к 3 годам, отдельные слова произносил с 2 лет, фразы с 4 лет. До 2 лет частые срыгивания. При появлении посторонних нередко возникает рвота, кожная сыпь, подъем температуры.

**Соматическое состояние:** бледный, худой, по развитию отстает от возраста. Моноорхизм. Печень уплотнена, прощупывается у реберной дуги. Череп гидроцефальной формы. Небо высокое.

**Неврологическое состояние:** Нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Сухожильные рефлексы повышены. Мышечная гипотония. Повышение кожной чувствительности.

Психический статус: Боится осмотра, очень пуглив, старается убежать, плачет, кричит. Лицо покрывается потом, красными пятнами. Если же на него не обращают внимания, подходит, рассматривает предметы. Речевой контакт лишь с помощью матери. Речь сюсюкающая, эхолалии, много инфантильных обозначений. Не выговаривает «Р», смазывает шипящие. Легко плачет. В состоянии аффекта дерется, кричит, бранится, но быстро успокаивается. Очень привязан к матери: ждет ее прихода с работы, старается первым открыть ей дверь, целует, забирается на колени. С детьми не играет, не делится лакомствами, может отобрать игрушки. Знает названия некоторых предметов: чайник, шапка, стол, стул. Но обобщающих элементарных понятий (одежда, обувь, фрукты) не знает. Спрашивает: «Это что?», но ответа не ждет. Не любит чтения, сказок, слушает не более 10 минут, отвлекается, устает. Не запоминает стихотворений, песен, не освоил порядкового счета до 3, названий цветов, понятий времени (вечер, сегодня, завтра). В играх с сестрой слепо повторяет ее движения. С удовольствием помогает накрывать на стол, «стирает». Боится заболеть, охотно принимает лекарства. Настойчиво просит соседей закрывать парадную дверь, волнуется при этом, сам закрывает дверцы шкафов, ящиков.

**ЗАДАНИЕ: Определить вариант и механизм дизонтогенеза.**

*Задача № 3*

Больной П., 4 года.

**Анамнез:** Отец злоупотребляет алкоголем, у матери врожденный порок сердца, плоский таз. Первая беременность закончилась выкидышем. Мальчик от 2 беременности, которая началась через 5 месяцев после аборта и протекала тяжело (были отеки, анемия). Роды в срок, тяжелые, длительные. В родильном доме диагностировали родовую травму с мозговым кровоизлиянием. Ребенок родился вялым, слабеньким, к груди был приложен на 9 сутки, плохо сосал. С первых дней жизни отмечались судорожные припадки. Диагноз микроцефалии был установлен в 5-месячном возрасте (окружность головы 31 см). В специализированный дом ребенка помещен в возрасте 1 года 10 месяцев, по весу соответствовал 7-месячному ребенку, по росту 11-месячному, а по окружности головы – 4 месячному.

За 2,5 года пребывания в специализированном детском доме физическое развитие ребенка несколько улучшилось, но окружность головы увеличилась только на 2 см.

**Соматическое состояние:** Питание понижено. Внутренние органы без отклонений. Не держит головку, не сидит, череп деформирован, сдавлен с боков, сужен кверху, затылок уплощен. Отмечаются прогнатизм, высокое небо. Асимметрия и деформация ушных раковин.

**Неврологическое состояние:** Сходящееся двустороннее косоглазие, горизонтальный нистагм. Мышечный тонус повышен, особенно в ногах, аддукторный спазм. Патологические рефлексы Бабинского и Россолима. Положительный симптом «хоботка». Общая гиперестезия к различным раздражителям (тактильным, зрительным, слуховым, температурным). В ответ на раздражитель возникают гиперкинезы, отдельные клонические подергивания, переходящие обычно в общие вздрагивания и кратковременный судорожный припадок. Глотание затруднено, поперхивается.

**Лабораторные данные:** Реакция Вассермана и реакция на токсоплазмоз дали отрицательный результат.

**Психический статус:** Не держит головку, не сидит, лежит в вынужденной позе на спине с приведенными к туловищу руками, сжатыми в кулаки, ноги перекрещены. Реакция на окружающее резко снижена, не следит за игрушками, не берет предметы в руки. Большую часть времени находится в апатичном состоянии, редко плачет. Избирательности в пище не наблюдается; горькое, соленое не отличает от сладкого. Однако, когда кто-то с ним разговаривает ласковым тоном, поворачивает голову, отвечает улыбкой, пытается произнести какие-то звуки.

**ЗАДАНИЕ: Определить вариант и механизм дизонтогенеза.**

**Описать структуру дефекта.**

*Задача № 4*

Патопсихологическое исследование

Ф.И.О. Таня

Дата рождения:20.01.03г

Контакт: в начале исследования держится скованно, поведение сдержанное, интонация не выразительная, мимика, жесты однотипны, поза статична, на вопросы отвечает односложно. Однако к середине и концу исследования девочка начинает проявлять интерес к беседе, мимика и жесты становятся более живыми, принимает комфортную позу, движения боле раскрепощённые. Вербальные инструкции принимает, задания выполняет до конца. Познавательная активность несколько снижена, однако во внешней организующей помощи не нуждается, задания выполняет самостоятельно, с оценкой собственных действий. Тонус спонтанной психической активности истощаем. Состояние зрения - норма. Состояние слуха - норма.

МОТОРИКА: ведущая рука правая, манипулятивные функции рук и конструирование в норме.

ВНИМАНИЕ: устойчивое, длительность, сосредоточения и переключения в норме, концентрация в норме.

РЕАКЦИЯ НА ОДОБРЕНИЕ: адекватная, ожидает его. Реакция на замечания: адекватная.

ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧЕ: адекватное, оценивает ошибки, исправляет их.  
Работоспособность: несколько неустойчивая, быстро истощаема и утомляема.  
ОБУЧЕНИЕ: испытуемая обучаема, адекватно воспринимает помощь со стороны взрослого, осуществляет перенос полученного способа действия на аналогичные задания.  
МОТИВАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ к интеллектуальным формам деятельности сформированный.

ЗАПАС ОБЩИХ ЗНАНИЙ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ в норме.

ВОСПРИЯТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ СООТНОШЕНИЙ: соответствует норме. В частях собственного тела ориентируется, пространственные понятия дифференцирует, целостный образ предмета воспроизводит.

ВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ: в норме. Части суток, времена года, части света знает и ориентируется в них.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ: соответствуют возрасту.

ПАМЯТЬ: кратковременная слуховая память в норме, опосредованное запоминание соответствует норме.

МЫШЛЕНИЕ: в норме, обобщение, сравнение, исключение понятий и «Простые аналогии» проводит по основному, главному признаку, без соскальзывания на второстепенные. При составлении последовательности событий особых затруднений не выявлено. Эмоционально-личностная сфера: неустойчивая. Методика Кетелла определяет ведущие шкалы Р (озабоченность), & ( беспокойство), I (чувственность), что говорит о пессимизме и тревоге, склонности все усложнять и подходить ко всему слишком серьезно и осторожно. Девочку постоянно заботит будущее, возможности неудач и несчастий, ей .тяжело расслабиться от защит и она старается планировать все свои действия. При старании держать себя в руках и не поддаваться случайным колебаниям настроения девочка раздражается достаточно легко. Методика Люшера выявляет эмоциональную неустойчивость и тенденцию к нарастанию тревоги. Трудности социальной адаптации. Потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых воздействий, поиск признания и стремление к сопричастности в межличностном взаимодействии. Всплески активности быстро сменяются фазой пассивности. Внешне обвиняющий тип реагирования. Склонность к навязчивым проявлениям. Потребность в отдыхе и расслаблении. При интерпретации методики «Рисунок семьи» выявлено, что девочка испытывает чувство острой тревоги и высокое эмоциональное напряжение. Семья, с •позиции ребенка, характеризуется низким уровнем эмоциональных связей, отсутствием психологического комфорта и интегрированности между членами семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Показатель интеллектуального развития по методикам обобщения, сравнения и исключения понятий в норме. Внимание устойчивое, длительность сосредоточения и переключения в норме, концентрация в норме. Кратковременная слуховая память в норме, опосредованное запоминание соответствует норме. Запас общих знаний и представлений достаточен. Испытуемая обучаема, адекватно воспринимает помощь со стороны взрослого, осуществляет перенос полученного способа действия на аналогичные задания. Работоспособность в норме. Эмоционально-личностная сфера неустойчивая. Методика Кетелла определяет ведущие шкалы Р (озабоченность), О ( беспокойство), I (чувственность), что говорит о пессимизме и тревоге, склонности все усложнять и подходить ко всему слишком серьезно и осторожно. Девочку постоянно заботит будущее, возможности неудач и несчастий, ей тяжело расслабиться от защит и она старается планировать все свои действия. При старании держать себя в руках и не поддаваться случайным колебаниям настроения девочка раздражается достаточно легко. Методика Люшера выявляет эмоциональную неустойчивость и тенденцию к нарастанию тревоги. Трудности социальной адаптации. Потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых воздействий, поиск признания и стремление к сопричастности в межличностном взаимодействии. Всплески активности быстро сменяются фазой пассивности. Внешне обвиняющий тип реагирования. Склонность к навязчивым проявлениям. Потребность в отдыхе и расслаблении. При интерпретации методики «Рисунок семьи» выявлено, что девочка испытывает чувство острой тревоги и высокое эмоциональное напряжение. Семья, с позиции ребенка, характеризуется низким уровнем эмоциональных связей, отсутствием психологического комфорта и интегрированности между членами семьи.

**ЗАДАНИЕ: Определить вариант и механизм дизонтогенеза.**

**Описать структуру дефекта.**

*Задача № 5*

Больной А., 4,5 года.

**Анамнез:** Родители здоровы. Один ребенок родился с каким-то врожденными уродством и умер в 8-дневном возрасте, второй ребенок плохо разговаривал с первых дней жизни, умер в возрасте 1 года от пневмонии (он был светлым, блондином). Во 2 половине беременности у матери были отеки ног. Роды в срок, обвитие пуповиной, легкая асфиксия. С рождения был очень вял и сонлив, голову начал держать к году, ходить с 1,5 лет. Не реагировал на окружающее, не фиксировал взора, иногда монотонно кричал. До 1,5 лет не улыбался. С 2,5 лет появились слова «мама», «папа», но он не относил их к определенным лицам, не проявлял к родным никакой привязанности. До 3 лет ничем не интересовался. С 4 лет стал обращать внимание на игрушки, но играл не целенаправленно. Тяжелыми инфекционными заболеваниями не болел.

**Соматическое состояние:** Физическое развитие соответствует возрасту, диспластичен, череп неправильной конфигурации, высокое твердое небо. Бледен, молочно-белая кожа, почти белые волосы, бледно-голубые глаза.

**Неврологическое состояние:** Патологии не обнаружено.

Психический статус**:** Контакт отсутствует. Двигательно беспокоен, однообразно бегает по кабинету, движения неловкие, много стереотипов, подпрыгивает, взмахивает руками. При беге несколько наклоняет туловище вперед. Выразительные жесты и мимические движения отсутствуют. Речь недоразвита, произносит отдельные нечленораздельные звуки. Поведение однообразное, ни к чему не проявляет интереса. Разложенные перед ним игрушки хватает, не глядя на них, подбрасывает, все время монотонно хнычет. Сосредоточить его внимание можно лишь на короткий срок резким звуком. В эти моменты может выполнить элементарные инструкции: показывает части тела, элементарные предметы; очень истощаем. Все эмоциональные реакции мальчика очень примитивны и недифференцированы.

**Лабораторные данные:** Реакция мочи на фенилпировиноградную кислоту положительная. Реакция Вассермана отрицательная.

**ЗАДАНИЕ: Определить вариант и механизм дизонтогенеза.**

*Задача № 6*

Больной П., 4 года.

**Анамнез:** Отец злоупотребляет алкоголем, у матери врожденный порок сердца, плоский таз. Первая беременность закончилась выкидышем. Мальчик от 2 беременности, которая началась через 5 месяцев после аборта и протекала тяжело (были отеки, анемия). Роды в срок, тяжелые, длительные. В родильном доме диагностировали родовую травму с мозговым кровоизлиянием. Ребенок родился вялым, слабеньким, к груди был приложен на 9 сутки, плохо сосал. С первых дней жизни отмечались судорожные припадки. Диагноз микроцефалии был установлен в 5-месячном возрасте (окружность головы 31 см). В специализированный дом ребенка помещен в возрасте 1 года 10 месяцев, по весу соответствовал 7-месячному ребенку, по росту 11-месячному, а по окружности головы – 4 месячному.

За 2,5 года пребывания в специализированном детском доме физическое развитие ребенка несколько улучшилось, но окружность головы увеличилась только на 2 см.

**Соматическое состояние:** Питание понижено. Внутренние органы без отклонений. Не держит головку, не сидит, череп деформирован, сдавлен с боков, сужен кверху, затылок уплощен. Отмечаются прогнатизм, высокое небо. Асимметрия и деформация ушных раковин.

**Неврологическое состояние:** Сходящееся двустороннее косоглазие, горизонтальный нистагм. Мышечный тонус повышен, особенно в ногах, аддукторный спазм. Патологические рефлексы Бабинского и Россолима. Положительный симптом «хоботка». Общая гиперестезия к различным раздражителям (тактильным, зрительным, слуховым, температурным). В ответ на раздражитель возникают гиперкинезы, отдельные клонические подергивания, переходящие обычно в общие вздрагивания и кратковременный судорожный припадок. Глотание затруднено, поперхивается.

**Лабораторные данные:** Реакция Вассермана и реакция на токсоплазмоз дали отрицательный результат.

**Психический статус:** Не держит головку, не сидит, лежит в вынужденной позе на спине с приведенными к туловищу руками, сжатыми в кулаки, ноги перекрещены. Реакция на окружающее резко снижена, не следит за игрушками, не берет предметы в руки. Большую часть времени находится в апатичном состоянии, редко плачет. Избирательности в пище не наблюдается; горькое, соленое не отличает от сладкого. Однако, когда кто-то с ним разговаривает ласковым тоном, поворачивает голову, отвечает улыбкой, пытается произнести какие-то звуки.

**ЗАДАНИЕ: Определить вариант и механизм дизонтогенеза.**

**Описать структуру дефекта.**

***Задание 3.***

В данном задании необходимо выбрать один правильный ответ из указанных:

***Задача 1.***

Состояние ребенка 8 лет 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 обнаруживались уже на 1—2-м году жизни в виде упрямства, реакций протеста, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. В старшем возрасте у таких детей черты эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением и патологическими чертами характера**. Определите тип дизонтогенеза:**

1.Расстройство аутистического спектра

2. Органический инфантилизм

3. Патологическое формирование личности

4. Педагогическая запущенность

***Задача 2.***

Витя Б., ученик 2-го класса массовой школы, начал посещать ее в 7 лет. На уроках ему трудно было сидеть спокойно: он вертелся, смотрел по сторонам, ходил по классу, не осознавал себя учеником; иногда был вял, не заинтересован, зато в играх - активен и инициа­тивен.

При обследовании выявлено, что он легко осмысливает сюжетные картинки, понимает прочитанные сказки и рассказы, речь хорошо развита. Но приобретенные в школе навыки неустойчивы, мальчик не обладает арифметическими умениями, читает по слогам, при этом легко использует оказываемую помощь. **О каком отклонении в развитии мальчика идет речь?**

1. Умственная отсталость
2. Задержка психического развития
3. Детский аутизм
4. Патологическое формирование личности

*Задача 3.*

У ребенка 7 лет, первоклассника, в первые годы жизни отмечался слабый уровень мотиваций, низкий исследовательский интерес, симбиотическая привязанность к матери, отсутствие стремления к самостоятельности. В настоящее время отмечается преобладание игровых интересов над учебными, незрелость тонкой моторики на фоне двигательной расторможенности, непонимание и неприятие школьной ситуации и связанных с ней дисциплинарных требований, что приводит к социальной и школьной дезадаптации. Характеризуется несамостоятельностью, повышенной внушаемостью, стремлением к получению удовольствия от игровой деятельности, беспечностью, незрелостью чувства долга, ответственности, неумением подчинять свое поведение требованиям, неспособностью сдерживать проявления чувств, волевому напряжению. **Соматических и неврологических жалоб не предъявляет.**

**Какой тип нарушений психического развития имеется в данном случае?**

1.Педагогическая запущенность

2. Гармонический инфантилизм

3. Патологическое формирование личности

4. Акцентуация характера

*Задача 4.*

Больной А., 4,5 года в контакт не вступает. Двигательно беспокоен, однообразно бегает по кабинету, движения неловкие, много стереотипов, подпрыгивает, взмахивает руками. При беге несколько наклоняет туловище вперед. Выразительные жесты и мимические движения отсутствуют. Речь недоразвита, произносит отдельные нечленораздельные звуки. Поведение однообразное, ни к чему не проявляет интереса. Разложенные перед ним игрушки хватает, не глядя на них, подбрасывает, все время монотонно хнычет. Сосредоточить его внимание можно лишь на короткий срок резким звуком. В эти моменты может выполнить элементарные инструкции: показывает части тела, элементарные предметы; очень истощаем.

**Какой тип нарушений психического развития имеется в данном случае?**

1. Патологическое формирование личности
2. Органический инфантилизм
3. Расстройство аутистического спектра
4. Умственная отсталость