федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПРАКТИКУМ ПО ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ**

по направлению подготовки (специальности)

**37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ**

**«ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 Клиническая психология по специализации «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 2 от «28» октября 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОК-7 готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала

ПК- 2 готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг)

ПК-3 способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик

ПК-12 способностью организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Форма текущего контроля:** представление презентации.

**Оценочные материалы:** темы презентаций по дисциплине.

1. Этические и деонтологические аспекты детской клинической

психодиагностики.

2. Организационно-методические аспекты психологического исследования детей и подростков.

3. Клинико-психологический метод при обследовании детей и подростков.

4. Методы исследования познавательных процессов и интеллекта детей и подростков.

5. Методы исследования мотивационно - потребностной сферы детей и подростков.

6. Психологическое обследование детей с психическим недоразвитием.

7. Психологическое обследование детей с расстройствами аутистического спектра.

8. Принцип ответственности в работе клинического психолога.

9. Принцип компетентности в работе клинического психолога.

10. Принцип этической и юридической правомочности в работе

клинического психолога.

11. Принцип конфиденциальности в работе клинического психолога.

12. Принцип морально-позитивного эффекта исследования в работе клинического психолога.

13. Основополагающее (конституирующее) значение клинико-психологического метода.

14. Социально-психологические (коммуникативные, перцептивные) аспекты психодиагностического исследования.

15. Основные этапы психодиагностического исследования.

16. Принципы подбора и последовательность предъявления диагностических методик.

17. Структура и особенности написания психологического заключения.

18. Принципы построения патопсихологического исследования (системный, качественный анализ нарушений психики, методы количественной оценки: принцип моделирования в эксперименте обычной психической деятельности пациента и др.).

19. Схема и этапы психологического эксперимента.

20. Патопсихологическая беседа. Основные принципы установления и углубления контакта.

Психологическое обследование детей с психическим дизонтогенезом по типу ретардации.

21. Психологическое обследование детей с психическим дизонтогенезом по типу асинхронии.

22. Особенности подбора психодиагностических методик при обследовании детей и подростков с дефицитарным развитием.

23.Психологическое обследование детей с поврежденным психическим развитием.

24. Диагностические возможности и ограничения рисуночных методик при исследовании эмоционально-волевой сферы и личности ребенка.

25. Принцип комплексного подхода. Полифункциональные бригады в психиатрической службе.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля I**

**«Патопсихологическое исследование когнитивной сферы ребенка с отклонениями в психическом развитии»**

**Тема 1. Требования к организации и проведению патопсихологического исследования ребенка с отклонениями в психическом развитии.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Основные методы патопсихологического исследования ребенка.
2. Требования к организации процедуры обследования.
3. Этапы проведения патопсихологического исследования.
4. Схема обследования. Оформление патопсихологического заключения.
5. Функциональный и клинический диагнозы.
6. Биопсихосоциальная модель как предпосылка создания многопрофильных бригад в детской психиатрической службе.
7. Принцип комплексной диагностики и полифункциональная бригада в диагностической и лечебной работе.

*Вопросы для групповой дискуссии:*

1. Этические и деонтологические аспекты детской клинической

психодиагностики.

2. Содержание понятий профессиональное саморазвитие, его этапы, профессиональное самопознание и его методы, способы самовоздействия с целью профессионального становления.

*Тестовые задания:*

1. Какой из нижеперечисленных пунктов, проявляется в систематическом повышении квалификации, творческой активности, способности продуктивно удовлетворять возрастающие требования общества:

1. профессионализм;
2. лидерство;
3. имидж медицинского работника;
4. коммуникативная компетентность

2. Важнейшим условием эффективной работы профессионального психолога является:

1. богатый жизненный опыт;
2. умение давать четкие конкретные советы;
3. ориентация на нормы и ценности человека, обратившегося за помощью;
4. обращение к своему личному опыту или опыту других людей.

3. Обозначьте наиболее важную и эффективную роль профессионального психолога:

1. инициатор самоисследования;
2. терпеливый слушатель;
3. советник;
4. посредник;
5. специалист по внушению;
6. умный аналитик.

4. Профессиональное сознание психолога отличается:

1. гуманным отношением к людям;
2. нравственной ответственностью в принятии профессиональных решений;
3. высокой степенью рефлексивности;
4. все ответы верны.

5. Какой вид исследования ребенка с отклонениями в развитии начал первым проводить английский биолог Фрэнсис Гальтон (1822-1911)?

а) тестирование;

б) анкетирование;

в) беседа.

6. На каком этапе диагностики выявляется наличие отклонений в психофизическом развитии ребенка без точной квалификации их характера и глубины?

а) скрининг;

б) дифференциальная диагностика;

в) углубленное психолого-педагогическое изучение ребенка с целью разработки индивидуально-коррекционной программы.

7. Назовите этап диагностики, цель которого, определить тип (вид, категорию) нарушения развития.

а) скрининг;

б) дифференциальная диагностика;

в) углубленное психолого-педагогическое изучение ребенка с целью разработки индивидуально-коррекционной программы.

8. В чем заключается принцип детерминизма?

а) выражается в том, что все психические явления рассматриваются как постоянно количественно и качественно развивающиеся;

б) означает двустороннюю связь сознания и деятельности. С одной стороны, сознание человека, его психика формируются в деятельности, с другой стороны, деятельность является отражением уровня сознания человека. Только в деятельности можно установить особенности психических свойств, состояний, процессов;

в) основополагающий принцип в методологии, предполагающий, что все явления в мире взаимосвязаны и обусловлены причиной, познаваемы, имеют определенную и вероятностную природу. Реальные природные и психические процессы возникают, развиваются и уничтожаются закономерно в результате действия определенных причин.

9. В чем заключается принцип развития?

а) выражается в том, что все психические явления рассматриваются как постоянно количественно и качественно развивающиеся;

б) означает двустороннюю связь сознания и деятельности. С одной стороны, сознание человека, его психика формируются в деятельности, с другой стороны, деятельность является отражением уровня сознания человека. Только в деятельности можно установить особенности психических свойств, состояний, процессов;

в) основополагающий принцип в методологии, предполагающий, что все явления в мире взаимосвязаны и обусловлены причиной, познаваемы, имеют определенную и вероятностную природу. Реальные природные и психические процессы возникают, развиваются и уничтожаются закономерно в результате действия определенных причин.

10. На что опирается принцип учета потенциальных возможностей ребенка?

а) на теоретическое положение Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития ребенка;

б) на представление о системном строении психики и предполагает анализ результатов психической деятельности ребенка на каждом из ее этапов;

в) на педагогический подход.

11. В чем заключается психометрический подход?

а) в том, что считается возможным измерить запас знаний и уровень развития функций с помощью стандартизированных методов (тестов);

б) в том, что считается возможным измерить уровень психологической готовности к школьному обучению;

в) в том, что считается возможным измерить с помощью наблюдения коммуникативную сферу ребенка.

12. В чем заключается суть первой части структуры психологического заключения?

а) приводятся данные психологического анамнеза, результаты наблюдения за внешним видом и деятельностью ребенка, результаты объективного обследования (экспериментального изучения психического развития). В этой части заключения анализируется организационная и исполнительная (операционная) сторона психической деятельности ребенка, а также формулируются выводы, иллюстрируемые данными, полученными в процессе объективного обследования;

б) базируется на анализе жалоб родителей или формулирует конкретный вопрос исследования, поставленный специалистами;

в) должна содержать данные, имеющие диагностическое значение, в кратком виде;

г) даются рекомендации по организационным формам коррекционно-развивающей работы с ребенком, о необходимых дополнительных специалистах, которые должны быть задействованы в коррекционно-образовательном процессе.

13. В чем заключается суть второй части структуры психологического заключения?

а) приводятся данные психологического анамнеза, результаты наблюдения за внешним видом и деятельностью ребенка, результаты объективного обследования (экспериментального изучения психического развития). В этой части заключения анализируется организационная и исполнительная (операционная) сторона психической деятельности ребенка, а также формулируются выводы, иллюстрируемые данными, полученными в процессе объективного обследования;

б) базируется на анализе жалоб родителей или формулирует конкретный вопрос исследования, поставленный специалистами;

в) должна содержать данные, имеющие диагностическое значение, в кратком виде;

г) даются рекомендации по организационным формам коррекционно-развивающей работы с ребенком, о необходимых дополнительных специалистах, которые должны быть задействованы в коррекционно-образовательном процессе.

14. Какие тесты предполагают: неопределенность ситуации; свобода действий; может истолковываться или использоваться разнообразными способами; главным оказывается необъективное его содержание, а субъективный смысл, то отношение, которое он вызывает у обследуемого?

а) стандартизированные;

б) дифференциальные;

в) проективные.

15. В чем заключается консультативно–просветительская задача практического психолога?

а) разработка коррекционных индивидуальных программ и их реализация;

б) оценка динамики изменений у больного под влиянием лечебных и реабилитационных воздействий (апробация новых лекарственных препаратов, методик лечения);

в) консультирование других специалистов, родных пациента, чтение лекций, участие в семинарах, круглых столах, пропаганда общих знаний.

16. Какой метод психологического обследования предполагает сбор фактического материала в специально смоделированных условиях, обеспечивающих активное проявление изучаемых явлений? Метод может быть применен при изучении различных проявлений деятельности ребенка и выявлении особенностей развития его личности.

а) метод эксперимента;

б) метод изучения результатов деятельности детей;

в) метод наблюдения.

17. С чьим именем связано появление в психологической литературе термина «интеллектуальный тест»?

а) Альфред Бине;

б) Джеймс Маккин Кеттел;

в) Ф. Гальтон.

18. В чем заключается сущность онтогенетического принципа диагностики?

а) Диагностика психического развития ребенка опирается на представление о системном строении психики и предполагает анализ результатов психической деятельности ребенка на каждом из ее этапов;

б) Прослеживание изменений, которые происходят в процессе развития, а также учет возрастных особенностей ребенка;

в) Вскрытие глубоких внутренних причин и механизмов возникновения того или иного отклонения;

г) Отклоняющееся развитие протекает по тем же закономерностям, что и нормальное поведение.

19. Принцип диагностики, предполагающий вскрытие глубоких внутренних причин и механизмов возникновения того или иного нарушения в ходе обследования детей группой специалистов называется:

а) Динамический подход;

б) Системный подход;

в) Качественный анализ;

г) Комплексное изучение.

20. Динамический подход к изучению ребенка предполагает:

а) Выявление и учет потенциальных возможностей ребенка;

б) Прослеживание изменений, которые происходят в процессе развития, а также учет возрастных особенностей ребенка;

в) Вскрытие глубоких внутренних причин и механизмов возникновения того или иного отклонения;

г) Протекание отклоняющегося поведения по тем же закономерностям, что и нормальное поведение.

21. Установление взаимосвязей между нарушениями, их иерархии предполагает:

а) Качественный анализ;

б) Динамический подход;

в) Системный подход;

г) Комплексное изучение.

22.Что подразумевает скрининговая диагностика нарушений развития?

а) Определение вида, типа и категории нарушения;

б) Выявление наличия отклонений ребенка без точной

квалификации их глубины и характера;

в) Выявление индивидуальных свойств ребенка;

г) Определение степени умственной отсталости.

23. Что подразумевает дифференциальная диагностика нарушений развития?

а) Определение вида, типа и категории нарушения;

б) Выявление наличия отклонений ребенка без точной

квалификации их глубины и характера;

в) Выявление индивидуальных свойств ребенка;

г) Определение степени умственной отсталости.

24. Что подразумевает феноменологическая диагностика нарушений развития?

а) Определение вида, типа и категории нарушения;

б) Выявление наличия отклонений ребенка без точной

квалификации их глубины и характера;

в) Выявление индивидуальных свойств ребенка;

г) Определение степени умственной отсталости.

25. Какие выделяют формы развития дефекта?

а) интеллектуальное нарушение и двигательные нарушения;

б) слуховые и речевые дефекты;

в) нарушение слуха, нарушение зрения, интеллектуальные нарушения;

г) нарушения слуха, речи, зрения, двигательные и интеллектуальные нарушения, сложные дефекты.

26. Что не относится к конкретным методологическим принципам диагностики?

а) Принцип равновесия;

б) Принцип системного подхода;

в) Принцип индивидуального подхода;

г) Принцип качественного и количественного подхода.

27. Какой этап обследования детей подразумевает выявление индивидуальных особенностей ребенка?

а) скрининговая диагностика;

б) дифференциальная диагностика;

в) феноменологическая диагностика;

г) исследование генетической предрасположенности ребенка.

28. Какой этап обследования детей подразумевает выявление наличия отклонений ребенка без точной квалификации их глубины и характера?

а) скрининговая диагностика;

б) дифференциальная диагностика;

в) феноменологическая диагностика;

г) предварительная диагностика.

29. В государственно-общественную систему социально-педагогической помощи лицам с особыми потребностями входит:

1. государственный сектор;
2. муниципальный сектор;
3. негосударственный сектор;
4. все ответы верны.

30. Основными направлениями вторичной профилактики пограничной

интеллектуальной недостаточности следует считать:

1. занятия спортом;
2. адекватную систему обучения;
3. активную медикаментозную терапию;
4. семейную психокоррекцию.

31. У ребенка избирательное нарушение способности к овладению навыками чтения и письма при сохранении общей способности к обучению. Что является ведущим в коррекции дисграфии:

1. логопедическая коррекция;
2. психологическая коррекция;
3. лечебная педагогика;
4. медикаментозная терапия.

32. Перевода в специальные школы для детей с задержками психического развития требуют дети, страдающие:

1. органическим инфантилизмом;
2. гармоническим инфантилизмом;
3. Дисгармоническим инфантилизмом;
4. верны все ответы.

33. Специальные дошкольные  
образовательные учреждения комплектуются:

1. по желанию родителей;
2. если имеются соответствующие условия в ДОУ, и с согласия родителей;
3. по решению ПМПК, органов образования и с согласия родителей;
4. по желанию педагогов.

34. Основные преимущества бригадной формы взаимодействия специалистов:

1. большие возможности для обмена профессиональными знаниями в различных областях и для контактов между профессионалами;
2. оперативность при направлении пациента к другим специалистам;
3. возможность более широкого обсуждения проблем, различных факторов, влияющих на состояние психического здоровья, при этом использование различных подходов может стать творческой движущей силой;
4. возможность взаимного дополнения различных моделей работы, например медицинского и социального подходов;
5. все перечисленное.

**Тема 2. Качественно-количественная оценка данных в психологическом исследовании детей с отклоняющимся развитием**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Принцип качественного анализа психодиагностических данных у детей.
2. Качественные параметры оценки данных психодиагностики.
3. Параметры поведения и деятельности ребенка в процессе выполнения диагностических заданий в психодиагностике умственного развития.
4. Качественные показатели для оценки эмоционального состояния, волевых проявлений в процессе патопсихологической диагностики.

*Вопросы для групповой дискуссии:*

1. Работа над совершенствованием себя, своего профессионализма.

2. Развитие творческих способностей и креативности.

*Тестовые задания:*

1. Выберите основные методы психологической диагностики

а) метод наблюдения;

б) метод анализа продуктов деятельности;

в) метод эксперимента.

**2. Метод познания, который ограничивается регистрацией выявленных фактов при исследовании возрастных особенностей, называется:**

а) формирующим экспериментом;

**б) наблюдением;**

в) констатирующим экспериментом;

г) квазиэкспериментом;

д) моделированием.

3. Выберите дополнительные методы психологической диагностики

а) метод наблюдения;

б) метод анализа продуктов деятельности;

в) метод эксперимента;

г) анализ документации;

д) метод беседы (с ребенком, с родителями);

е) метод тестов.

4. Психологическая диагностика проводится в ходе индивидуального исследования ребенка. Как называется этап изучение анамнеза и жалоб на основе имеющейся документации от родителей или других лиц. Опора на медицинские документы и педагогическую характеристику (анализ деятельности, письменная работа, рисунки, результаты предшествующего обследования)?

а) клинико-психологический анамнез;

б) наблюдение;

в) психологическое исследование.

**5. Как называется стадия исследования, на которой формулируются идеи о причинах и следствиях избранных для исследования явлений:**

а) стадия наблюдения;

б) корреляционная стадия;

в) контрольная стадия;

**г) стадия формирования гипотезы.**

6.Что является завершающим этапом психологического изучения ребенка?

а) клинико-психологический анамнез;

б) наблюдение;

в) написание заключения по результатам всей предыдущей работы.

7. Количественный анализ как подход к оценке результатов полученного психологического изучения детей возник в XIX веке. С чем связано его возникновение?

а) с возникновением коррекционной (специальной) педагогики;

б) с возникновением методов тестов;

в) с возникновением методов эксперимента.

**8.Что одно из перечисленного является существенным элементом предложенного А.Ф. Лазурским «естественного эксперимента» в отличие от лабораторного:**

а) условия эксперимента не связаны с искусственными условиями и требованиями;

б) эксперимент проводится без использования технических средств;

в) экспериментатор включен в выполнение задания вместе с испытуемым;

**г) наблюдение в естественных условиях с точностью и научностью эксперимента, когда испытуемый не осведомлен о проводящемся исследовании;**

д) применяется специальная аппаратура и четко спланированные задания.

**9. Включенное наблюдение – это:**

а) наблюдение, использующее «батареи» психологических тестов;

б) длительное наблюдение;

в) наблюдение в условиях лаборатории;

**г) наблюдение, при котором психолог является непосредственным участником событий;**

д) наблюдение включает в себя несколько этапов.

**10. Метод познания, который ограничивается регистрацией выявленных фактов при исследовании возрастных особенностей, называется:**

а) формирующим экспериментом;

**б) наблюдением;**

в) констатирующим экспериментом;

г) квазиэкспериментом;

д) моделированием.

**11. Метод активного воздействия исследователя на изменения психики ребенка – это:**

а) включенное наблюдение;

б) пилотажный эксперимент;

в) контрольный эксперимент;

г) формирующий эксперимент;

**д) констатирующий эксперимент.**

**12. Краткое, стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психологический процесс или личность в целом, — это:**

а) наблюдение;

б) эксперимент;

**в) тестирование;**

г) самонаблюдение.

**13. Активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий для установления психологического факта называется:**

а) контент-анализом;

б) анализом продуктов деятельности;

в) беседой;

**г) экспериментом.**

14. Согласие ребенка выполнять предложенное задание (независимо от

качества самого выполнения)— это:

а) понимание задачи;

б) принятие задачи;

в) выполнение задачи;

г) обоснование задачи.

15. Укажите вариант, который не относится к критериям «нормальности» развития:

а) ребенок развит во всех составляющих частях организма и организма как целого, соответственно возрасту;

б) ребенок развивается в соответствии с его общим собственным трендом, определяющих развитие его индивидуальных свойств, способностей;

в) ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими активные формы поведения и дальнейшие перспективы его развития;

г) отсутствие у ребенка соматических заболеваний, затрудняющих социальную адаптацию.

16. Укажите подход к норме и патологии с точки зрения бихевиоризма:

а) норма как норматив, принятый в конкретной социокультурной среде;

б) норма как отсутствие патологии;

в) норма как социокультурный идеал;

г) норма как эталон для подражания, самоактуализирующаяся личность.

17. Клинический диагноз это:

а) заключение о состоянии здоровья индивида, позволяющее установить состояние его трудоспособности;

б) заключение, содержащее описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций;

в) медицинское заключение врача о патологическом состоянии здоровья обследуемого человека, об имеющемся заболевании или травме;

г) диагноз, недостаточно обоснованный имеющимися данными.

18. Психологический диагноз это:

а) заключение о состоянии здоровья индивида, позволяющее установить состояние его трудоспособности;

б) заключение, содержащее описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей психодиагностического обследования;

в) медицинское заключение врача о патологическом состоянии здоровья обследуемого человека, об имеющемся заболевании или травме;

г) диагноз, недостаточно обоснованный имеющимися данными.

19. Какое утверждение верно описывает содержание по­нятия «зона ближайшего развития» по Л.С. Выготскому:

а) те психические функции и свойства, развитие которых ожидается на ближайшем этапе;

б) количественную меру прогресса умственного раз­вития в случае успешного лечения;

в) потенциальные возможности ребенка, не выяв­ляемые им самостоятельно, но реализующиеся при помощи взрослого.

20. Дайте определение понятию дефект – это:

а) это физический или психологический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка;

б) защитный механизм психики, заключающийся в бессознательной попытке преодоления реальных и воображаемых недостатков;

в) защитная компенсация имеющейся или мнимой физической или психической неполноценности человека, при которой человек пытается преодолеть ее, прикладывая для этого значительно большие усилия, чем требуется.

21. Какой из нижеперечисленных пунктов, проявляется в систематическом повышении квалификации, творческой активности, способности продуктивно удовлетворять возрастающие требования общества:

1. профессионализм;
2. лидерство;
3. имидж медицинского работника;
4. коммуникативная компетентность.

22. Профессиональное саморазвитие – становление профессионально значимых личностных качеств и способностей, профессиональных знаний и умений, активное качественное преобразование личностью своего внутреннего мира, приводящее к творческой самореализации в профессии проходит в три этапа, назовите их.

1. самопознание;
2. самореализация;
3. самопрограммирование;
4. самомнение;
5. самовоздействие.

23. Самовоздействие – непосредственно сам процесс работы над совершенствованием себя, своего профессионализма, назовите способы самовоздействия:

1. саморегуляцияи самоконтроль;
2. самовнушение;
3. самоизоляция;
4. самообразование;
5. самообслуживание.

24. Профессиональное самопознание – целенаправленный процесс познания себя как субъекта профессиональной деятельности: особенностей эмоционально-волевой и познавательной сферы, характера, развития профессиональных способностей, профессиональной культуры, назовите методы самопознания:

1. анализ собственного опыт, как положительного, так и отрицательного;
2. освоение психологии как науки;
3. участие в работе методических объединений и различных формах повышения квалификации;
4. изучение этических норм профессиональной деятельности;
5. различные психодиагностические методики, направленные на диагностику особенностей характера, мотивационной, эмоционально-волевой, познавательной, интеллектуальной сфер личности.

Тема 3. Патопсихологическое исследование восприятия у детей с отклонениями в развитии

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение понятия «восприятие», его содержание.
2. Классификация нарушений.
3. Нарушения восприятия у детей.
4. Методики исследования восприятия у детей с отклонениями в развитии:

- таблицы с изображением контура, силуэта, частей знакомых

предметов, «зашумленные изображения»;

- набор карточек с изображением геометрических фигур двух

размеров ольшие и маленькие), четырех видов и четырех цветов

(красные, зеленые, синие, желтые);

- «почтовый ящик» (коробка форм);

- доски Сегена разных вариантов сложности;

- кубики Кооса;

- таблицы с изображение предметов, которые следует дорисовать

(методика Т.Н. Головиной).

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией, заключениями специалистов;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование восприятия | 1. таблицы с изображением контура, силуэта, частей знакомых 2. предметов, «зашумленные изображения»; 3. набор карточек с изображением геометрических фигур двух   размеров большие и маленькие), четырех видов и четырех цветов  (красные, зеленые, синие, желтые);   1. «почтовый ящик» (коробка форм); 2. доски Сегена разных вариантов сложности; 3. кубики Кооса; 4. таблицы с изображение предметов, которые следует дорисовать   (методика Т.Н. Головиной). |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 4. Патопсихологическое исследование внимания и сенсомоторных реакций у детей с отклонениями в развитии.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Внимание, основные виды внимания и его нарушения.
2. Виды нарушений внимания исенсомоторных реакций; методы и методики

диагностики нарушений внимания исенсомоторных реакций у детей с отклонениями в развитии;

1. Исследование внимания в эксперименте.
2. Методики исследования внимания у детей с отклонениями в развитии: зрительно-моторная координация, корректурные пробы, таблицы Шульте, счет по Крепелину, отсчитывание чисел.
3. Анализ элементарных компонентов движений: их силы, точности, быстроты и координированности. Пробы Хеда, Заззо. Оптико-кинестетическая организация движений.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией, заключениями специалистов;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование внимания и сенсомоторных реакций | 1. зрительно-моторная координация; 2. корректурные пробы; 3. таблицы Шульте; 4. счет по Крепелину; 5. отсчитывание чисел. 6. Анализ элементарных компонентов движений: их силы, точности, быстроты и координированности. 7. Пробы Хеда, Заззо. 8. Оптико-кинестетическая организация движений. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 5. Исследование памяти у детей с отклонениями в развитии.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Память, основные виды памяти. Классификация нарушения.
2. Исследование памяти в эксперименте.
3. Методики исследования памяти у детей с отклонениями в развитии:10 слов А.Р. Лурия, память на образы, память на числа, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограммы, воспроизведение рассказов.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией, заключениями специалистов;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование памяти | 1. 10 слов А.Р. Лурия; 2. память на образы; 3. память на числа; 4. опосредованное запоминание по Леонтьеву; 5. пиктограмма; 6. воспроизведение рассказов. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 6. Диагностика умственного развития у детей раннего возраста.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Ранняя комплексная диагностика отклонений в развитии, ее значение.
2. Психодиагностика умственного развития детей раннего возраста Е.А. Стреблевой.
3. Основные параметры качественной оценки познавательной деятельности детей раннего возраста.
4. Количественная оценка результатов исследования.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование умственного развития | 1. Психодиагностика умственного развития детей раннего возраста методикой Е.А. Стреблевой. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 7. Исследование мышления и интеллекта у детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Мышление, основные виды мышления и его нарушения.
2. Исследование мышления и интеллекта в эксперименте у детей дошкольного возраста.

# Методики исследования мышления у детей с отклонениями в развитии: понимание рассказов, сюжетных картинок, установление последовательности событий, классификации, исключения понятий, выделение существенных признаков, образование аналогий, психометрический метод исследования интеллекта Векслер дошкольников и младших школьников (wppsi).

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование мышления | понимание рассказов;сюжетных картинок;установление последовательности событий;классификации;исключения понятий,выделение существенных признаков;образование аналогий;психометрический метод исследования интеллекта Векслер дошкольников и младших школьников (wppsi). |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 8. Патопсихологическое исследование мышления у детей школьного возраста с отклонениями в развитии**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Исследование мышления в эксперименте у детей школьного возраста.

# Методики исследования мышления у детей с отклонениями в развитии: понимание рассказов, сюжетных картинок, установление последовательности событий, классификации, исключения предметов, выделение существенных признаков, образование аналогий, определение и сравнение понятий, пиктограммы, понимание переносного смысла метафор и пословиц.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование мышления | 1. понимание рассказов; 2. сюжетных картинок; 3. установление последовательности событий; 4. классификация; 5. исключения предметов; 6. выделение существенных признаков; 7. образование аналогий; 8. определение и сравнение понятий; 9. пиктограмма; 10. понимание переносного смысла метафор и пословиц. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

Тема 9. Исследование интеллекта у детей школьного возраста с

отклонениями в развитии.

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Особенности интеллекта детей школьного возраста;

2. Исследование интеллекта детей школьного возраста;

3. Методы интеллекта детей школьного возраста: школьный тест умственного развития (ШТУР), таблицы Равена, групповой интеллектуальный тест (ГИТ),психометрический метод исследования интеллекта Векслер.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование интеллекта | психометрический метод исследования интеллекта Векслер младших школьников и подростков. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 10. Психофизиологическое исследование детей с**

**отклонениями в развитии**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Параметры индивидуальных особенностей протекания нервных и психических процессов;
2. Исследование индивидуальных особенностей протекания нервных и психических процессов в эксперименте.
3. Методики исследования индивидуальных особенностей протекания нервных и психических процессов у детей с отклонениями в развитии: простая зрительно- моторная реакция, реакция на движущийся объект, реакция различения, реакция выбора, тэппинг-тест, помехоустойчивость.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное психофизиологическое исследование | 1. простая зрительно- моторная реакция, реакция на движущийся объект; 2. реакция различения; 3. реакция выбора; 4. тэппинг-тест; 5. помехоустойчивость. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 11. Патопсихологическое обследование детей с дизонтогенезом по типу ретардации.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психодиагностика когнитивной и эмоционально-личностной сфер у детей с психическим недоразвитием.
2. Психодиагностика когнитивной и эмоционально-личностной сфер у детей с задержкой психического развития.
3. Психологический диагноз.
4. Оформление патопсихологического заключения.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование ребенка с психическим недоразвитием, ЗПР | Выбор методик осуществляется студентом самостоятельно в соответствии с запросом и медицинской документацией. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Модуль II. Патопсихологическое исследование эмоционально-личностной сферы у ребенка с дизонтогенезом**

Тема 1. Патопсихологическое исследование индивидуальных особенностей личности детей с отклонениями в развитии.

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Индивидуально-психологические свойства личности и аномалии характера.

2. Экспериментальное исследование индивидуально-психологических свойств личности и аномалии характера

3. Методики исследования индивидуально-психологических свойств личности и аномалии характера:16-факторный личностный опросник (тест Р. Кеттелла), патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) Н.Я. Иванова, А.Е. Личко), тест-опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека, сокращенный многофакторный опросникк для исследования личности (Мини-мульт).

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование индивидуально-психологических свойств личности и аномалии характера | 1. 16-факторный личностный опросник (тест Р. Кеттелла); 2. патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО). |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 2. Исследование графических навыков детей дошкольного возраста**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Графические навыки, стадии развития графических навыков детей дошкольного возраста.
2. Исследование графических навыков в эксперименте.
3. Методики исследования графических навыков у детей с отклонениями в развитии: рисование геометрических фигур, графических рядов («заборчик», «цепочка»), соединение точек, «Рисунок человека» (К. Маховер), «Несуществующее животное».

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование графических навыков | 1. рисование геометрических фигур; 2. рисование графических рядов («заборчик», «цепочка»); 3. соединение точек; 4. «Рисунок человека» (К. Маховер); 5. «Несуществующее животное». |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

Тема 3. Исследование личностных особенностей детей с отклонениями в развитии проективными методами.

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Мотивационно - потребностная сфера личности, особенности ее эмоциональной реактивности и когнитивного функционирования, своеобразия стиля разрешения проблемных и фрустрирующих ситуаций.

2. Исследование личностных особенностей детей с отклонениями в развитии проективными методами в эксперименте.

3. Методики исследования: тесты Дембо-Рубинштейн, Люшера, "Незаконченные предложения", «Дом – дерево – человек» (Гудинаф – Харрис),

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование личности ребенка проективными методами | 1. тест на самооценку Дембо-Рубинштейн 2. тест Люшера; 3. тест «Незаконченные предложения»; 4. тест «Дом – дерево – человек» (Гудинаф – Харрис). |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

Тема 4. Психологическая диагностика отношений между родителями и детьми. Выявление родительского отношения к детям с отклонениями в психическом развитии.

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Выявление детского отношения к родителям (тест «Кинестетический рисунок семьи», методика Рене Жиля).
2. Выявление родительского отношения к детям («Социограмма» Э. Эйдмиллера, Опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина.)
3. Оценка психического состояния детей и родителей (Диагностика тревожных состояний у детей CMAS).

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование детско-родительских отношений | 1. тест «Кинестетический рисунок семьи»; 2. методика Рене Жиля; 3. «Социограмма» Э. Эйдмиллера; 4. опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина; 5. диагностика тревожных состояний у детей CMAS. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 5. Патопсихологическое обследование детей с расстройствами аутистического спектра.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Этапы психодиагностического обследования детей с аутизмом.
2. Сбор психологического анамнеза.
3. Организация непосредственного наблюдения за ребенком с ранним детским аутизмом.
4. Определение уровня нарушений эмоционально-личностной сферы.
5. Исследование особенностей познавательной сферы.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование ребенка с детским аутизмом | Выбор методик осуществляется студентом самостоятельно в соответствии с запросом и медицинской документацией. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Тема 6. Патопсихологическое обследование детей с дисгармоническим развитием.**

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,

оформление протокола исследования.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Исследование функций психических про­цессов и обнаружение имеющихся отклонений.
2. Диагностика личностных особенностей ребенка.
3. Соотнесение полученных результатов с «нормативными» и установление патопсихологического диагноза.
4. Определение возможности улучшения результатов при оказании помощи.
5. Определение возможностей оптимизации процесса развития ребенка и путей решения его социальных проблем.

*Работа малыми группами с пациентами проблемно-поисковым методом.*

Этапы работы:

* ознакомление с медицинской документацией;
* подбор методик для исследования;
* исследование памяти, составление протокола исследования;
* интерпретация результатов исследования и составление мини-заключения.

*Оформление протокола исследования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Протокол исследования** | |
| *Дата* | *Имя* | *Возраст* |
| 1 | Качественные параметры оцен­ки познавательной деятельности | 1. принятие задачи; 2. способы выполнения задания; 3. адекватность действий; 4. обучаемость; 5. отношение к деятельности и ее результату. |
| 2 | Качественные показатели эмоционально-волевого реагирования | 1. общий фон настроения; 2. контактность, желание сотрудничать со взрослым; 3. эмоциональное реагирование на поощрение и одобре­ние; 4. эмоциональное реагирование на замечания и требова­ния; 5. реагирование на трудности и неуспех деятельности. |
| 3 | Экспериментальное исследование ребенка с патологическим формированием личности | Выбор методик осуществляется студентом самостоятельно в соответствии с запросом и медицинской документацией. |
|  | Заключение: |  |
|  |  | Ф.И.О. исследователя, № группы |

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости,**

**в том числе, при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
|  |  |
| **Предоставление**  **презентации** | ОЦЕНКОЙ 5 БАЛЛОВ оценивается презентация, в которой: цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отлично читается; использовано 3 цвета шрифта; все страницы выдержаны в едином стиле; гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра; анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации;звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации; размер шрифта оптимальный; все ссылки работают; содержание является строго научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме; информация соответствует теме презентации, является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 4 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона хорошо соответствует цвету текста, всё можно прочесть; использовано 3 цвета шрифта; 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего; гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра; анимация присутствует только в тех местах, где она уместна; звуковой фон соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах именно к информации; размер шрифта оптимальный; все ссылки работают; содержание в целом является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация в целом соответствует теме презентации, является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 3 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона плохо соответствует цвету текста; использовано более 4 цветов шрифта; некоторые страницы имеют свой стиль оформления; гиперссылки выделены, анимация дозирована; звуковой фон не соответствует единой концепции, но не носит отвлекающий характер; размер шрифта средний (соответственно, объём информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией; ссылки работают; содержание включает в себя элементы научности; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту; есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки; наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не всегда соответствует теме презентации, является актуальной, но представлена устаревшей литературой; ключевые слова в тексте чаще всего выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 2 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона не соответствует цвету текста; использовано более 5 цветов шрифта; каждая страница имеет свой стиль оформления; гиперссылки не выделены, анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией); звуковой фон не соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер; слишком мелкий шрифт (соответственно, объём информации слишком велик — кадр перегружен); не работают отдельные ссылки; содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация отдаленно соответствует теме презентации, слабо подчеркнута актуальность, научные источники устаревшие; ключевые слова в тексте не выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 1 БАЛЛ оценивается презентация, в которой: цвет фона не соответствует цвету текста; использовано более 5 цветов шрифта; каждая страница имеет свой стиль оформления; гиперссылки и анимация отсутствуют; звуковой фон отсутствует; слишком мелкий шрифт (соответственно, объём информации слишком велик — кадр перегружен); содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) отсутствуют; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не соответствует теме презентации, отсутствует актуальность, научные источники устаревшие; ключевые слова в тексте не выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 0 БАЛЛОВ оценивается отсутствие выполненного задания (презентации) в установленный срок. |
| **Устный опрос** | Оценкой "5 БАЛЛОВ" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "4 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "3 БАЛЛА" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "2 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск практического занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения практических занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
| **Тестирование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется при условии 61-70% правильных ответов. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется при условии 51-60% правильных ответов. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется при условии 50% и меньше правильных ответов. |
| **Составление протокола исследования** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется, если обучающийся выполнил задание четко в соответствии с требованиями и смог провести качественную оценку уровня психического развития. |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется, если обучающийся выполнил задание четко в соответствии с требованиями, однако допустил некоторые затруднения в качественной оценке уровня психического развития. |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется, если обучающийся выполнил задание в целом верно, однако нарушил некоторые требования и допустил ошибки в качественной оценке уровня психического развития. |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется, если обучающийся выполнил задание неверно, нарушил большинство требований и допустил грубые ошибки в качественной оценке уровня психического развития. |
| Оценкой "1 БАЛЛ" оценивается протокол, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неграмотностью и неумением проводить оценку уровня психического развития. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск практического занятия; отказ студента обследовать пациента; невыполнение задания и отсутствие протокола исследования. |
| **Подготовка стимульного материала** | ОЦЕНКА 5 БАЛЛОВ |
| ОЦЕНКА 4 БАЛЛА |
| ОЦЕНКА 3 БАЛЛА |
| ОЦЕНКА 2 БАЛЛА |
| ОЦЕНКА 1 БАЛЛ выставляется, если обучающимся даны верные ответы на задания контрольной работы, но выраженные одним словом или словосочетанием, а также без попыток теоретического обоснования и демонстрации практических умений. |
| ОЦЕНКА 0 БАЛЛОВ |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Практикум по детской патопсихологии» проводится в форме экзамена.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации:**

Экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах от 0 до 30.

Неуспешное выполнение одного из заданий промежуточной аттестации не является основанием для не допуска обучающегося к выполнению других заданий промежуточной аттестации.

**Задание №1 промежуточной аттестации экзамена – тестирование (максимальный балл – 5 баллов).**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации - экзамене по заданию №1 – тестирование.

3 балла: количество правильных ответов = 91-100%;

2 балла: количество правильных ответов = 81-90%;

1 балл: количество правильных ответов = 71-80%;

0 баллов: количество правильных ответов = 0-70%.

**Задание №2 промежуточной аттестации экзамена – ответ на теоретические вопросы в устной форме (максимальный балл – 20 баллов)** состоит минимум из двух теоретических вопросов, направленных на проверку знаний, умений и навыков по программе дисциплины.

Каждый из вопросов «задания №2 промежуточной аттестации экзамена» оценивается согласно критериям оценки.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации экзамене по заданию №2 – ответ на теоретические вопросы в устной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| Ответ на теоретические вопросы в устной форме. | Оценкой "9-10 БАЛЛОВ" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "7-8 БАЛЛОВ" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "5-6 БАЛЛОВ" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "3-4 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1-2 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные экзаменационным билетом |

После ответа обучающимся на все вопросы, предусмотренные заданием №2,высчитывается сумма баллов по **Заданию №2 промежуточной аттестации экзамена – ответ на теоретические вопросы в устной форме.**

**Задание №3 промежуточной аттестации экзамена – решение ситуационных задач (максимальный балл – 7 баллов).**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации экзамене по заданию №3 – **решение ситуационных задач.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели ответа студента** | **Баллы** |
| студент самостоятельно и правильно решил учебно-профессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы | 7 |
| студент самостоятельно и в основном правильно решил учебнопро-фессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы. | 6 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свое решение, используя в основном обыденные понятия, а не понятия профессиональной сферы. | 4-5 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, не смог аргументировать | 3-2 |
| Студент решил с грубыми ошибками, помощью преподавателя. | 1 |
| студент не решил учебно-профессиональную задачу или. | 0 |

После прохождения обучающимся всех трех задач, предусмотренных промежуточной аттестацией - экзамен, высчитывается экзаменационный рейтинг обучающегося = сумме значение результатов (баллов) по каждому из заданий.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и (или)текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

В случае получения обучающимся экзаменационного/зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рэ/Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рэ**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра клинической психологии и психотерапии

направление подготовки (специальность) 37.05.01 Клиническая психология дисциплина Практикум по детской патопсихологии

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА №1**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. **РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ, ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ.**
2. **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОГО И ВРЕМЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ.**

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**ЗАДАНИЕ 3.**

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Основные методы патопсихологического исследования ребенка с отклонениями в развитии.

2. Требования к организации процедуры обследования ребенка с отклонениями в развитии.

1. Этапы проведения патопсихологического исследования.
2. Схема патопсихологического обследования детей.
3. Оформление патопсихологического заключения.
4. Функциональный и клинический диагнозы.
5. Принцип качественного анализа психодиагностических данных у детей.
6. Качественные параметры оценки данных психодиагностики.
7. Пути профессионального саморазвития детского патопсихолога.
8. Работа над совершенствованием себя, своего профессионализма.
9. Развитие творческих способностей и креативности.
10. Параметры поведения и деятельности ребенка в процессе выполнения диагностических заданий в психодиагностике умственного развития (Е.А. Стреблева).
11. Качественные показатели для оценки эмоционального состояния, волевых проявлений в процессе патопсихологической диагностики.
12. Методы и методики исследования восприятия у детей с отклонениями в развитии.
13. Исследование внимания в эксперименте у детей
14. Методы и методики исследования внимания и сенсомоторных реакций у детей с отклонениями в развитии.
15. Исследование памяти в эксперименте у детей.
16. Методы и методики исследования памяти у детей с отклонениями в развитии.
17. Ранняя комплексная диагностика отклонений в развитии, ее значение.
18. Психодиагностика умственного развития детей раннего возраста Е.А. Стреблевой.
19. Основные параметры качественной оценки познавательной деятельности детей раннего возраста.
20. Исследование мышления и интеллекта в эксперименте у детей.
21. Методы и методики исследования мышления у детей с отклонениями в развитии.
22. Патопсихологическое исследование интеллекта детей дошкольного возраста.
23. Патопсихологическое исследование интеллекта детей школьного возраста
24. Исследование индивидуальных особенностей протекания нервных и психических процессов в эксперименте.
25. Методы и методики исследования индивидуальных особенностей протекания нервных и психических процессов у детей с отклонениями в развитии.
26. Методы и методики исследования индивидуально-психологических свойств личности и аномалий характера.
27. Методики исследования графических навыков у детей с отклонениями в развитии.
28. Методики исследования личностных свойств детей с отклонениями в развитии.
29. Психологическая диагностика отношений между родителями и детьми.
30. Выявление родительского отношения к детям с отклонениями в психическом развитии.
31. Выявление детского отношения к родителям.
32. Требования к организации и проведению процедуры обследования с использованием компьютерной психодиагностики.
33. Графические навыки, стадии развития графических навыков у детей дошкольного возраста. Виды нарушений графических навыков детей.
34. Психодиагностика умственного развития детей 2-3-х лет с помощью методики Е.А. Стреблевой.
35. Тест Д. Векслера: диагностика структуры интеллекта (детский вариант).
36. Тест Д. Векслера для исследования интеллекта детей дошкольного возраста (4-6,5 лет).
37. Прогрессивные матрицы Равена.
38. Тест структуры интеллекта Р. Амтхауэра.
39. Школьный тест умственного развития(ШТУР).
40. 16-факторный личностный опросник (тест Р.Кеттелла).
41. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО).
42. Проективные методики: «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», "Незаконченные предложения", методика Рене Жиля.
43. Проективные методики: «Рисунок человека» (К. Маховер), «Дом – дерево – человек» (Гудинаф – Харрис), Тест Люшера.
44. Экспериментально-психологические методики для исследования мышления: понимание рассказов, сюжетных картинок, установление последовательности событий, классификации, исключение понятий.
45. Экспериментально-психологические методики исследования мышления: выделение существенных признаков, образование аналогий.
46. Экспериментально-психологические методики исследования мышления: определение и сравнение понятий, понимание переносного смысла метафор и пословиц.
47. Экспериментально-психологические методики для исследования памяти: 10 слов А.Р. Лурия, память на образы, память на числа.
48. Методика "Опосредованное запоминание" (по А.Н. Леонтьеву); Методика "Пиктограмма".
49. Экспериментально-психологические методики для исследования внимания и сенсомоторных реакций: зрительно-моторная координация, отсчитывание чисел.
50. Исследование зрительного (цветового и предметного) гнозиса.
51. Исследование пространственного и временного восприятия у детей.
52. Исследование слухового гнозиса.
53. Методики для исследования конструктивного праксиса.
54. Исследование движений и действий у детей.
55. Определение свойств нервной системы по психомоторным показателям (простая зрительно- моторная реакция, реакция на движущийся объект, реакция различения, реакция выбора).
56. Патопсихологическое обследование детей с дизонтогенезом по типу ретардации.
57. Патопсихологическое обследование детей с РАС.
58. Патопсихологическое обследование детей с дисгармоническим развитием.
59. Биопсихосоциальная модель как предпосылка создания многопрофильных бригад в детской психиатрической службе.
60. Принцип комплексной диагностики и полифункциональная бригада в диагностической и лечебной работе.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*Задание 1.*

Больной Н., 16 лет. Жалоб на момент обследования не предъявляет. Внешне взволнован самим фактом эксперимента, стеснителен, на вопросы отвечает по существу, речь несколько замедлена. Одет опрятно. Эмоционально адекватен, фон настроения умеренно снижен. Задания выполняет старательно, обдумывает ответы. Спрашивает о результатах, прогнозе заболевания. Критическое отношение сохранено. В пробе на серийный отсчет от 100 по 7 скорость выполнения достаточная, латентные периоды уменьшаются к концу задания. Ошибок не допускает. Кривая запоминания 10 слов: 8,8,9,9, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 9 слов. При исследовании опосредованного запоминания методикой «Пиктограммы» после длительного обдумывания не смог изобразить «сомнение», «надежду», остальные понятия опосредует быстро. Воспроизвел 80% понятий. В пробе на сравнение понятий, исключение лишнего предмета использует категориальные, существенные признаки, но длительно обдумывает варианты (иногда исключает верно, но затрудняется с пояснениями). В несравнимых понятиях сходства не находит. Иногда в основу берет функциональные признаки предметов, их предназначение. Переносный смысл пословиц понимает верно, некоторые истолковывает буквально: «Цыплята некоторые до осени не доживут», «Если прилетела одна ласточка, не значит, что весна началась». Самостоятельно собирает все орнаменты в методике «Кубики Кооса» в достаточном темпе. В методике Дембо-Рубинштейн оценка по всем шкалам 70-80%. В личностном профиле по результатам методики «Мини-Мульт» показатели по всем шкалам располагаются в пределах «коридора нормы». Наиболее высокие: «психастения» – 68Т, «пессимистичность-депрессия» – 62Т.

1. Определите уровень сохранности интеллектуально-мнестических функций. 2. О чем свидетельствуют затруднения при опосредовании таких понятий как «сомнение», «надежда»? 3. Представьте суть и значение методики Дембо-Рубинштейн. Опишите самооценку больного по данным этой методики. 4. Дайте характеристику личности в соответствии с данными методики «Мини-Мульт». 5. Какие существуют возрастные особенности выполнения заданий в методе «Кубики Кооса»?

*Эталон решения*

1. Интеллектуально-мнестические функции сохранны, соответствуют возрастной норме и образовательному уровню. 2. Явные затруднения в опосредовании абстрактных понятий свидетельствуют о конкретном мышлении. 3. В методике Дембо-Рубинштейн обследуемому представляется возможность определить свое состояние по избранным для самооценки шкалам с учетом ряда нюансов, отражающих степень выраженности того или иного личностного свойства. Методика отличается крайней простотой в проведении. На листе бумаги проводится вертикальная черта длиной 10-20 см, о которой обследуемому говорят, что она обозначает счастье (или здоровье/умственное развитие/характер). Сообщается, что верхний полюс соответствует состоянию полного счастья, а нижний занимают самые несчастливые люди. Самооценка больного Н. адекватная. 4. Исходя из данных методики «Мини-Мульт» (наиболее высокие показатели: «психастения» – 68Т, «пессимистичность-депрессия» – 62Т), можно сделать вывод, что личность больного с чертами тревожно-мнительного, пессимистичного типов (высокий уровень личностной тревожности, робость, нерешительность, сензитивность и др.). 5. Дети 3 - 3,5-летнего возраста обычно справляются с первым и вторым заданиями, действуя методом проб и ошибок, но при этом хорошо принимают помощь. Дети 4 - 5-летнего возраста обычно справляются с более трудными заданиями, при небольшой помощи справляются с заданиями 1-3. Дети 5-летнего возраста выполняют задание с 4 кубиками с помощью зрительного соотнесения (допустимо и примеривание). С 6 лет дети выполняют те же задания при зрительном соотнесении. Примерно с 9 лет дети действуют на основе представлений.

*Задание 2.*

Больной А., 16 лет. Жалоб не предъявляет, при расспросе не отрицает наличие «голосов», отмечает снижение активности, работоспособности. Во время исследования неподвижно сидит на стуле, отвечает на вопросы коротко, тихим голосом, на собеседника не смотрит, насторожен фактом обследования, безынициативен, гипомимичен. Инструкции понимает с первого раза, удерживает. Начинает выполнять задание не сразу, после паузы в 25 10-20 секунд. К указаниям экспериментатора на ошибки, похвале относится безразлично. Результатами не интересуется. Критическое отношение к болезни снижено. При исследовании внимания с помощью таблиц Шульте начал отыскивать числа спустя 10 секунд. Скорость выполнения заданий в первой таблице – 1 минута 20 секунд, в последующих – 52, 55, 53 секунды. Методику Шульте-Горбова не смог выполнить. В пробе на серийный отсчет допускал ошибки в единицах, при переходе через десяток, путал десятки, латентные периоды увеличены. Кривая запоминания 10 слов: 7,9,8,10. В методике «Пиктограммы» опосредовал понятия не сразу, начал рисовать с нижнего края листа. Изображения крайне мелкие, содержание адекватно, часто повторялись «смайлы». Воспроизвел 90% понятий. В методике на сравнение понятий отвечает: «вода и воздух отличаются по составу», «бабочка сама летает, а глобус нет, сходство – на них нарисована картинка», «плащ и ночь – под покровом ночи и плащ можно одевать», «обезьяна и стул – у обоих 4 ноги»; при исключении лишнего предмета «монета лишняя, так как на часах нарисована «7», «ножницы лишние, у остальных есть полость», образует неологизмы «петух и стакан – кукарекать и звенеть». В методике классификации предметов на 3-м этапе образовал 3 группы «грибы», «человек и все для человека» и «звери». При обработке результатов «Мини-Мульт» обнаружены высокие показатели по шкалам достоверности.

1. На какие признаки опирается больной в сравнении понятий? О каком нарушении мышления это свидетельствует? 2. О чем свидетельствуют высокие показатели по шкале достоверности в методике «Мини-Мульт»? 3. Какие патопсихологические синдромы (симптомокомплексы) вы знаете? 4. Определите симптомокомплекс. Объясните. 5. Какие изменения в эмоциональной сфере характерны для данного патопсихологического симптомокомплекса? Опишите.

*Эталон решения*

1. А. опирается на латентные признаки. В методике на сравнение понятий выполнил сравнение на основании случайных признаков («бабочка сама летает, а глобус нет», сходство – «на них нарисована картинка»). Это свидетельствует о нарушении операциональной стороны – искажении процессов обобщения. 2. Данные, полученные в методике «Мини-Мульт», свидетельствуют о наличии тенденции скрывать сведения о себе, подтверждающие недоступность больного в болезненных переживаниях. 3. I – шизофренический; II – аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста); III – олигофренический; IV – экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т.д.); V – эндогенно-органический (в клинике – истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге); VI – личностно-аномальный (в клинике – акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции); VII – психогенно-психотический (в клинике – реактивные психозы); VIII –психогенно-невротический (в клинике – неврозы и невротические реакции). 4. В данном случае имеет место шизофренический патопсихологический симптомокомплекс, который характеризуется расстройствами мышления (операциональной стороны – искажение процессов обобщения; личностного компонента – нарушение критичности, образование неологизмов). 5. Изменения в эмоциональной сфере – гипомимичность, безразличное отношение к результатам. Во время исследования отвечает на вопросы коротко, тихим голосом, на собеседника не смотрит. К указаниям экспериментатора на ошибки, похвале относится безразлично. Результатами не интересуется.

*Задание 3.*

Больной С., 13 лет. На приеме в сопровождении отца, который считает, что его сын чрезмерно впечатлительный, робкий, застенчивый, плохо адаптируется в новой школе. Согласие на проведение экспериментально-психологического обследования получено. В беседу мальчик вступает неохотно, держится напряженно, недостаточно открыт, малообщителен. Жалоб не предъявляет, при расспросе наличие каких-либо расстройств отрицает, соглашается, что периодически бывают головные боли. Во время исследования задания выполнял с интересом, старался, спрашивал о правильности результатов. При предъявлении инструкций был напряжен, «волнуюсь, чтобы ничего не пропустить». Эмоционально адекватен, фон настроения ровный, устойчивый. При указании экспериментатором на ошибки, адекватно на них реагировал, извинялся, исправлял самостоятельно, учитывал в дальнейшей работе. Интеллектуальный уровень соответствует возрастной норме. В таблицах Шульте темп отыскивания чисел достаточен, допускал ряд ошибок, после указания на которые самостоятельно их исправлял. 10 слов запомнил после 3-го предъявления, отсроченное воспроизведение 7 слов. В методике «Пиктограммы» обнаруживает легкость опосредования предъявленных понятий, особенно ситуационного содержания, рисунки адекватны (к понятию надежда нарисовал свечу, дружба – своего друга, счастье – свою семью), пояснения логичные, последовательные. Воспроизвел 80% понятий. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в методиках «Исключение лишнего», «Классификация», «Сравнение понятий» использует существенные, категориальные признаки. Переносный смысл пословиц понимает правильно, сначала рассказывает прямое значение, затем приводит примеры ситуаций, «когда так говорят». Классификацию предметов осуществлял медленно, тщательно рассматривая картинки, несколько раз уточнял «сколько групп должно получиться?». Исключение лишнего в картинке «барабан, фуражка, зонт, револьвер» вызвало затруднения, предложил несколько вариантов, не смог выбрать один правильный, расстроился из-за этого. Самооценка по методике Дембо-Рубинштейн адекватная, несколько заниженная по шкале «здоровье» – поставил себе оценку «4», сравнил себя с одноклассниками, «они тоже болеют». По остальным шкалам оценил себя на «5». Результаты опросника Леонгарда-Шмишека свидетельствуют о сочетании акцентуаций эмотивного и тревожно-боязливого типов. Конструктивный праксис сохранен.

1. Какие обстоятельства, по мнению отца С., являются причиной обращения к психологу? Есть ли необходимость получения согласия отца на обследование? 2. Какие особенности внимания и памяти присутствуют у больного С.? 3. Что такое конструктивный праксис? Какая методика используется для его изучения? 4. Какие особенности интеллектуального уровня для данного возраста вы знаете? 5. Каковы результаты опросника Леонгарда-Шмишека? Охарактеризуйте личность С.

*Эталон решения*

1. Отец С. обеспокоен возможными нарушениями адаптации в новой школе из-за его характерологических особенностей. Больной является несовершеннолетним, для проведения экспериментально-психологического обследования необходимо разрешение законного представителя ребенка и допускается его присутствие. 2. Со стороны внимания признаки легкой истощаемости, неустойчивости концентрации. Объем механической памяти достаточен. 3. Праксис – способность выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану. При осуществлении сложных двигательных актов работа скелетной мускулатуры должна происходить в правильной последовательности при одновременно согласованных сокращениях многих мышечных групп. Такие действия возникают в процессе профессионального обучения. При конструктивной апраксии страдает, прежде всего, правильное направление действий; больным трудно конструировать целое из частей, например, сложить из спичек заданную геометрическую фигуру (ромб, квадрат, треугольник). Для изучения конструктивного праксиса обычно используется методика «Кубики Кооса». Оригинальный вариант тестирования Кооса состоит из 16 равных по своему размеру кубиков красно-белого и желто-синего цвета. В каждом наборе для тестирования имеется также 17 карточек с узорами, упорядоченных по уровню сложности. Испытуемому предлагается сложить кубики таким образом, чтобы рисунок на верхней поверхности кубиков в точности соответствовал узору на карточке. 4. В возрасте 13 лет ребенок должен самостоятельно рассуждать, делать аргументированные выводы. Мышление в таком возрасте абстрактно-логическое. 5. В данном случае должен применяться детский вариант опросника. Взрослый и детский варианты опросника Леонгарда-Шмишека состоят из одинакового количества вопросов, имеют одинаковые типы акцентуаций личности и одинаковые методы обработки результатов. Опросник Леонгарда Шмишека имеет различия между вариантами только в формулировке вопросов, следовательно описание опросника Леонгарда-Шмишека и определение доминирующих акцентуаций характера одинаково как для взрослых, так и для детей с точностью до деталей. Личностный профиль характеризуется робостью, высоким уровнем тревожности, повышенной впечатлительностью, нерешительностью, склонностью к сомнениям, глубоким эмоциональным откликом.

*Задание 4.*

К., 7 лет. Ученик 1 класса общеобразовательной школы. Мальчик из неполной семьи, единственный сын у матери. Со слов матери, отец страдает алкоголизмом. К. от первой беременности. Роды в срок, без осложнений. Ребёнку было свойственно необычно раннее психомоторное развитие (рано сел, пополз, пошёл). На протяжении 1 года жизни плохо и мало спал, особенно ночью, тяжело засыпал. Легко возбуждался, громко плакал. Мама отмечает, что К. был чрезмерно чувствительным ко всем внешним раздражителям: свету, шуму, духоте, жаре, холоду и т.д. С 2-х лет отмечалась неуклюжесть, неспособность сосредоточиться на каком-нибудь, даже интересном для него, предмете или явлении (бросал игрушки, не мог спокойно дослушать сказку, досмотреть мультфильм). В детском саду вел себя плохо, был неусидчивым, просто так бегал, крутился, карабкался, пытался куда-то залезть, не спал во время тихого часа. Мальчик не слушал воспитателя и родителей, из-за чего складывалось впечатление, что он вообще игнорирует слова и замечания окружающих. Часто терял свои вещи (в детском саду постоянно терял игрушки, шапку, шарф, ботинки). Были трудности в общении со сверстниками. Пошел в школу с 7 лет, с программой не справляется, учиться не нравится. Все так же сохраняется неусидчивость, невнимательность, присутствует импульсивность (отвечает на вопросы учителя не задумываясь, не дослушав до конца; мешает отвечать другим детям; выкрикивает с места). Мама отмечает, что если делать домашнее задание с К., то у него хорошо получается. Как только она отходит, мальчик отвлекается, делает ошибки или вовсе идет играть. Любит деструктивные игры, во время игры не может сосредоточиться, конфликтует с товарищами. Отмечаются трудности в выполнении автоматизированных движений, нарушение мелкой моторики. Несмотря на то, что крупная моторика развита хорошо, у К. имеются заметные трудности при выполнении движений, которые требуют высокой степени автоматизации и координации (например, быстрые попеременные движения, повороты рук вовнутрь и наружу). Ведущая рука правая. Навыки самообслуживания сформированы. На патопсихологическое исследование согласился легко, был заинтересован фактом исследования, в контакт вступает охотно. Самостоятельно жалуется на трудности в общении с детьми. Инструкции понимает не с первого раза, плохо удерживает, часто переспрашивает, легко отвлекается. При указании экспериментатора на ошибку К. ее исправляет. Для К. характерна чрезмерная говорливость, он часто перескакивает с одной мысли на другую, перебивает экспериментатора. Речь быстрая, несвязная, порой лишена смысла. При исследовании внимания время, затрачиваемое на поиск цифр в таблицах Шульте, составило: 60-80-100-105-100 секунд. Доступен счет в пределах 50 с запинками, выявлены затруднения в обратном счете (часто сбивался, путал числа). Наблюдались отказные реакции в случаях неудачи. Кривая запоминания 10 слов: 6-7-7-6-7, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 6слов. В методике «Пиктограммы» наблюдались трудности в опосредовании таких понятий как «дружба», «разлука», «зависть». Воспроизвел 60% понятий. При исследовании мышления: проводит опосредование, составляет рассказы по серии сюжетных картинок, решает задачи таблиц Равена, допуская редкие ошибки, которые тут же исправляет. Понимание пословиц доступно. Методику «Исключение лишнего» выполняет, опираясь на конкретные, реже ситуативные признаки. В методике «Цветовой тест Люшера» первыми цветами были: красный – желтый – зеленый – фиолетовый. В методике Дембо-Рубинштейн по всем шкалам ниже 50%.

1. Предположите, какое нарушение описано в задаче? Опишите его. 2. Какие диагностические критерии данного нарушения вы знаете? Присутствуют ли они у К.? 3. Какие особенности межличностных отношений наблюдаются у К.? Связано ли это с нарушением, которое у него диагностируется? 4. Каков прогноз для К.? 5. Дайте рекомендации родителям мальчика.

*Эталон решения*

1. В задаче описан синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Данный синдром является наиболее частой причиной школьной дезадаптации. Ребенок с таким синдромом не способен усидеть на одном месте, постоянно в движении. Раздражающие и отвлекающие факторы окружающей среды изменяют поведение ребенка в худшую сторону. Одним из главных симптомов нарушения является импульсивность, которая определяется дефицитом сдерживающего фактора. Со слов мамы, в детском саду вел себя плохо, был неусидчивым, просто так бегал, крутился, карабкался, пытался куда-то залезть, не спал во время тихого часа; отвечал на вопросы учителя не задумываясь, не дослушав до конца; мешал отвечать другим детям; выкрикивал с места; любил играть в деструктивные игры, во время игры не мог сосредоточиться, конфликтовал с товарищами. 2. Диагностическими критериями (в соответствии с DSM-IV) данного синдромокомплекса являются дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность. Нарушения внимания у К. проявляется в следующем: понимает инструкции не с первого раза, плохо удерживает, часто переспрашивает, легко отвлекается, делает ошибки в счете и предлагаемых заданиях, не может долго концентрировать внимание. Гиперактивность выражается в деструктивных, неспокойных играх, постоянном двигательном возбуждении (не сидит спокойно, встает с места), болтливости. Импульсивность представлена в следующем: отвечает на вопросы учителя (экспериментатора) не задумываясь, не дослушав до конца; мешает отвечать другим детям; выкрикивает с места; часто перескакивает с одной мысли на другую, перебивает экспериментатора. Выделяются и другие диагностические критерии, которые включают: проявление симптомов до 7 лет (у К. симптомы проявлялись с раннего детства), продолжительность симптоматики, по крайней мере 6 месяцев (в данном случае симптоматика сохраняется до сих пор с раннего детства). 3. К. самостоятельно жалуется на трудности в общении со сверстниками, со слов матери он часто вмешивается в игры других детей, из-за чего возникают конфликты. Данные поведенческие особенности имеют связь с СДВГ, так как особенности его проявления (импульсивность и гиперактивность) способствуют такому поведению К. 4. Возможно несколько вариантов прогноза: а) со временем симптомы исчезнут и ребенок вырастет без отклонений от нормы (в 25-50% случаях); б) симптомы СДВГ различной степени тяжести сохранятся (без возникновения психопатологии). Таких детей большинство (свыше 50%); 49 в) могут развиваться во взрослом возрасте личностные изменения, алкоголизм, в ряде случаев – психотические состояния. 5. Необходимо создать К. определенные условия жизни. Сюда входят спокойная психологическая обстановка в семье, четкий режим дня (с обязательными прогулками на свежем воздухе). Следует научить ребенка управлять собой. Контролировать эмоции ему помогут игры, кроме активных игр необходимо приучать К. и к пассивным играм. Можно использовать активные виды спорта. В воспитании следует избегать двух крайностей – проявлений чрезмерной мягкости и предъявлений повышенных требований. Нельзя допускать вседозволенности. На примере относительно простых дел нужно научить правильно распределять свои силы. Необходимо правильное питание, с достаточным количеством витаминов и микроэлементов. Стоит сообщить педагогам и воспитателям о проблемах ребенка, чтобы они учитывали особенности его поведения, дозировали нагрузку.

*Задание 5.*

М., 6 лет. Мальчик из полной семьи, единственный ребенок. Наследственность со слов матери не отягощена. Ребенок от первой беременности, родился в срок с нормальным весом и ростом. Закричал сразу. Отказывался брать грудь, долго не формировался «комплекс оживления». Раннее развитие соответствовало норме, первые слова появились в 9 месяцев, навыки ходьбы – в 1 год и 2 месяца. Мама отмечает, что у мальчика всегда были проблемы со сном (не мог долго уснуть, спал мало и только в присутствии родителей). Детский сад М. не посещает, воспитывается дома. В настоящее время у него наблюдается фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, себя называет «ты» или по имени, мать может назвать «я». Из вопросов употребляется только «где?» и то крайне редко. Речь представляет собой комментарии всех событий, происходящих с ребенком, его действий и желаний. Новые, похожие по звучанию слова М. может повторять в течение нескольких дней, не интересуясь их содержанием. Ведущая рука правая. Моторика развита слабо, наблюдаются стереотипные действия: раскачивания, переступания с ноги на ногу; рисует одинаково правой и левой рукой, иногда двумя сразу. Карандаш удерживает в кулаке. Себя ребенок обслуживает: самостоятельно ест, одевается. Выражена избирательность в еде, страх перед новой пищей. Помимо этого М. боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми. К психологу обратилась мать с жалобой на задержку формирования речи и странности в поведении у сына. Ее беспокоит, что М. странно себя ведет, не контактирует с детьми и не играет с «нормальными» игрушками, использует для игры кастрюли, палки, столовые приборы, бумагу. При патопсихологическом обследовании в контакт вступает неохотно. Ходит по кабинету, дотрагивается до предметов и мебели – обследует их. Игрушки иногда лижет. Интерес к исследованию отсутствует, к психологу относится настороженно. Зрительного контакта с ним нет, на его прикосновения – реакция избегания. Самостоятельно жалоб не предъявляет, молчалив. Инструкции понимает с 1-го раза, удерживает. Выполняет задания не сразу, с задержкой. При изучении восприятия ребенок долго смотрел на картинку и не мог выделить отдельные элементы, отмечались трудности перцептивного синтеза (не мог объединить изображения). Быстро устал от просмотра картинок. При исследовании внимания в методике «Проставь значки» наблюдались ошибки, количество которых увеличилось к концу исследования. Доступен счет в пределах 100, с 50 начинает ошибаться, обратный счет затруднен. Кривая запоминания 10 слов: 6-7-10, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 9 слов. В методике «Запомни рисунок» ребенок узнал на картинке все девять изображений, показанных ему, затратив на это около 90 секунд. В методике «Пиктограммы» использовал нестандартные, выхолощенные иногда конкретные образы. Наблюдались отказные реакции. Воспроизвел всего 20% понятий. При исследовании мышления в методике «Исключение лишнего предмета» отмечались отказные реакции, сложности в объяснении своего выбора. В методике Дембо-Рубинштейн по всем шкалам колебания в пределах 40-60%. Спустя некоторое время на предложенные методики стал реагировать отказом, поэтому не удалось провести полное экспериментально-психологическое обследование.

1. Предположите, какое нарушение описано в задаче? Какие виды указанного нарушения выделяет К.С.Лебединская? 2. Чем проявляется данное нарушение? Приведите примеры из задачи. 3. Какие типы этого нарушения выделила О.С. Никольская? Какой тип описан в задаче? 4. Опишите особенности познавательной сферы М. 5. Обозначьте особенности психологической коррекции в приведенном случае.

*Эталон решения*

1. В задаче описан ранний детский аутизм (РДА). К.С. Лебединская выделяет аутизм при различных органических заболеваниях центральной нервной системы, психогенный аутизм, аутизм шизофренической этиологии, аутизм при обменных заболеваниях и аутизм при хромосомной патологии. 2. Описываются следующие проявления раннего детского аутизма: ребенок отказывался брать грудь, у него долго не формировался «комплекс оживления», отмечались трудности со сном (не мог долго уснуть, спал мало и только в присутствии родителей); фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, наблюдаются стереотипные действия, избирательность в еде, страх перед новой пищей; М. боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми, для игры использует неигровые предметы, во время исследования зрительного контакта с психологом нет, на прикосновения – реакция избегания; отмечены истощаемость внимания, выхолощенность и нестандартность образов в методике «Пиктограммы», плохая опосредованная память, трудности в выполнении методики «Исключение лишнего», частые отказные реакции. 3. О.С. Никольская разработала свою оценку типов детского аутизма. Ею выделены 4 типа: 1-й тип – наиболее грубые проявления синдрома РДА с одновременным нарушением психического тонуса, произвольной деятельности, поведение носит преимущественно полевой характер, дети мутичны, не имеют потребности в контактах; 2-й тип – характеризуется большим количеством разнообразных стереотипий, аутостимуляцией, страхами, часто встречаются примитивные симбиотические отношения с матерью; 3-й тип – отличается более высоким уровнем интеллектуального развития, хорошими речевыми навыками, аутизм проявляется как захваченность собственными переживаниями; 4-й тип – выражается неглубоким аутизмом, в первую очередь имеются трудности организации общения, неврозоподобные расстройства, пугливость. В задаче представлен 4-й тип РДА, так как у ребенка ведущими являются трудности в установлении контакта и общении со сверстниками, пугливость и невыраженные нарушения интеллектуально-мнестических функций, основанные в первую очередь на истощаемости и пресыщаемости. 4. У М. наблюдаются снижение концентрации, истощаемость внимания, хорошо развитая механическая память при слабо развитом опосредованном запоминании; отмечаются символизм мышления, трудности в абстрагировании и установлении причинно-следственных связей. 5. Психологическая коррекция направлена, прежде всего, на преодоление негативизма и установление контакта с аутичным ребенком, преодоление у него сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов, а также отрицательных аффективных форм поведения: влечений, агрессии. При этом одной из главных задач психологической коррекции является преимущественная ориентация на сохранные резервы аффективной сферы с целью достижения общего расслабления, снятия патологического напряжения, уменьшения тревоги и страхов с одновременным увеличением произвольной активности ребенка. С этой целью используются различные приемы аутотренинга и оперантной регуляции поведения. Важной задачей психокоррекционной работы является развитие у ребенка доступных ему способов аффективной адаптации к своему окружению, используя комплексный подход к организации его аффективной жизни и нормализуя его взаимодействие, прежде всего, с близкими для него людьми.

*Задание 6.*

С.**,** 5 лет. Девочка из неполной семьи, единственный ребенок у матери. Отец страдает алкоголизмом. Ребенок от первой беременности, которая протекала с осложнениями. Мать в первом триместре перенесла краснуху. С. родилась недоношенной. Часто болела респираторными заболеваниями. С момента рождения С. плохо и беспокойно спала. Для нее было свойственно запоздалое раннее психомоторное развитие (поздно села, поползла, начала ходить и говорить). Длительное время не реагировала на лицо матери. К 3 годам начала формироваться речь. Девочка овладевала ею в значительной степени механически, путем подражания. Слова повторяла за мамой, почти не задавала вопросов. Интереса к окружающему миру не было. Росла медлительной, вялой, речь была искажена, произношение звуков – нечеткое. В детский сад С. не ходит. Овладела предметной игрой, направленно манипулирует предметами, однако игра лишена творческих элементов, подражательная. У С. нет любознательности, фантазии, свойственной этому возрасту. Ведущая рука правая. При относительной сохранности элементарных функций моторики (ходьбы, хватания и т.д.) нарушена точная координация движений, мелкая моторика кисти. Элементарные навыки самообслуживания сформированы. На патопсихологическом обследовании в присутствии матери. В контакт вступает охотно, но не проявляет заинтересованности в исследовании и своих результатах. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Инструкции понимает плохо, не с первого раза, не удерживает их. При исследовании внимания методикой «Запомни и расставь точки» правильно воспроизвела 3 точки; в методике «Проставь значки» расставляла знаки неправильно, пропускала фигуры. Доступен счет в пределах 10, обратный счет с ошибками. Кривая запоминания 10 слов: 2-4-4-3-4, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 1 слово. При исследовании мышления: не может составить рассказ по ряду сюжетных картинок, методику «Исключение лишнего» выполнила не всю, затруднялась в объяснении своего выбора, методику «Кому чего недостает?» выполнила более чем за 100 секунд. В методике «Узнай, кто это» за время, большее чем 50 сек, не смогла догадаться, что это за животное, просмотрев все три фрагмента: «а», «б» и «в». По всем шкалам в методике Дембо-Рубинштейн девочка выставила 75%.

1. Предположите, какое нарушение описано в задаче? В чем оно проявляется? 2. Какие расстройства эмоционально-волевой сферы возможны у девочки при указанном расстройстве? 3. Опишите особенности внимания, памяти, мышления и воображения у С.? 4. Как и в каком возрасте можно определить тяжелую степень данного нарушения? 5. Определите прогноз в приведенном случае.

*Эталон решения*

1. Умственная отсталость в степени дебильности. Известно о том, что беременность мамы протекала с осложнениями, в первом триместре она перенесла краснуху, девочка родилась недоношенной. У С. наблюдалось запоздалое раннее психомоторное развитие (поздно села, поползла, начала ходить и говорить), длительное время не реагировала на лицо матери. Речью овладела механически, путем подражания, слова повторяла за мамой, почти не задавала вопросов. При относительной сохранности элементарных функций моторики (ходьбы, хватания и т.д.) у С. нарушена точная координация движений, мелкая моторика кисти. Нет любознательности, фантазии, свойственной этому возрасту. Проиллюстрированы нарушения в сферах внимания, памяти, мышления, воображения. 2. Предположительно будет наблюдаться недоразвитие высших эмоций (эстетических, нравственных), отсутствие устойчивых мотивов, изменение поведения в зависимости от внешней обстановки, случайных воздействий среды. Затруднен контроль над элементарными инстинктивными потребностями и влечениями, возможен негативизм. 3. Внимание, особенно произвольное, отличается узким объемом, нарушена переключаемость внимания, неустойчивость, снижение концентрации. Механическое запоминание более сохранно, нежели опосредованное. Со стороны мышления наблюдаются нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения уровня процессов обобщения, динамического компонента в виде инертности мышления и личностного компонента в виде нарушения критичности. Выражен дефект развития фантазии. 4. Тяжелую степень олигофрении (идиотию и глубокую имбицильность) можно диагностировать более определенно на первом году жизни. При этом у детей отмечается явное отставание становления простейших произвольных движений, особенно так называемых приспособительных (дети не захватывают активно предметы, не принимают их из рук, не придерживаются руками при стоянии). У детей отсутствует характерная для этого возраста манипуляционная игра, адекватная реакция на голос, речь (нередко сначала их принимают за глухих), они не отличают мать и близких от посторонних лиц. Ведущими признаками тяжелых форм умственной отсталости является отсутствие интереса к окружающему, ориентировочных рефлексов, свойственного здоровым детям неудержимого желания познать мир, тяги к общению. Мимика этих детей крайне бедна, однообразна: нет мимических реакций удивления, радости, обиды, что отражает эмоциональную бедность ребенка. Обычно такие дети не смеются или смеются без повода, улыбка носит подражательный характер. 5. При правильном воспитании и обучении, своевременном привитии трудовых навыков, отсутствии психических расстройств, осложняющих интеллектуальный дефект, социальный прогноз данной формы олигофрении благоприятен. При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность. Наличие практической ориентировки, заинтересованности в своем жизнеустройстве способствуют приобретению трудовых навыков с посильной социальной адаптацией.

*Задание 7.*

О., 7 лет. Девочка из полной семьи, есть старшая сестра. Наследственность, со слов матери, не отягощена. Ребенок от второй беременности. Роды в срок, без осложнений. Закричала сразу. Раннее развитие соответствовало норме. Отмечались нарушения сна: долго не могла заснуть, спала чутко, часто просыпалась, была чувствительна ко всем внешним раздражителям. Засыпала только в присутствии родителей. Всегда была послушной и тихой девочкой, не отходила от мамы. В детский сад идти не хотела, капризничала, плакала. Боялась оставаться одна. С 5 лет начала бояться темноты, засыпала только с включенным светом. Говорила, что «ночью придет баба-яга». Стала обидчивой, ранимой, долго переживала, если ее ругали. С 6 лет начала волноваться за родных: не отпускала сестру в школу, переживала, когда мама задерживалась в магазине. На вопрос о том, хочет ли быть взрослой, отвечала отрицательно, объясняя: «Все взрослые умирают». Со слов матери, когда девочке исполнилось 5 лет, в семье умерла бабушка и О. сильно переживала. В школу пошла с 7 лет. Со сверстниками не общается. Отличается плаксивостью, тревожностью, боязливостью. Вздрагивает от громких звуков, по-прежнему боится оставаться одна. Ведущая рука правая. Мелкая и крупная моторика развита хорошо. На патопсихологическом обследовании находится в присутствии мамы, постоянно держит ее за руку. В беседу вступает неохотно, держится напряженно, молчалива. Самостоятельно жалоб не предъявляет. При указании экспериментатором на ошибки, расстраивалась, извинялась, спешила исправить. В таблицах Шульте темп отыскивания чисел достаточен, допускала ряд ошибок, после указания на которые самостоятельно их исправляла. Доступен прямой счет в пределах 50, обратный счет несколько затруднен. 10 слов запомнила после 4-го предъявления, отсроченное воспроизведение – 7 слов. В методике «Пиктограммы» обнаруживает легкость опосредования предъявленных понятий, особенно ситуационного содержания, рисунки адекватны (к понятию дружба нарисовала двух детей держащихся за руки, счастье – свою семью), пояснения логичные, последовательные. Воспроизвела 80% понятий. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в методиках «Исключение лишнего», «Классификация» использует существенные, категориальные признаки. Переносный смысл пословиц и метафор доступен. В методике Дембо-Рубинштейн желаемый уровень по всем шкалам выставила 90%, а себя оценила на 50%. При обработке методики измерения уровня тревожности Тейлора было получено 42 балла. Большинство орнаментов в методике «Кубики Кооса» составила самостоятельно, в некоторых требовалась помощь экспериментатора.

1. О каком нарушении можно судить по результатам, представленным в задаче? Объясните. 2. Какие особенности внимания и памяти имеют место у О.? 3. О чем свидетельствуют результаты методики измерения уровня тревожности Тейлора? 4. Перечислите разновидности данного нарушения. Кратко опишите их. 5. Какие особенности семейной ситуации предрасполагают к описанному нарушению? Дайте рекомендации родителям. 6. Какие специалисты так же должны быть привлечены к лечению ребенка?

*Эталон решения*

1. В задаче описан невроз страха. На это указывают следующие проявления: нарушения сна (долго не могла заснуть, спала чутко, часто просыпалась, была чувствительна ко всем внешним раздражителям, засыпала только в присутствии родителей), боязнь оставаться одной, боязнь темноты и сказочного героя (баба-яга). После смерти бабушки стала бояться и тревожиться за родных, появился страх смерти, не хотела взрослеть, так как «все взрослые умирают». Отличается плаксивостью, тревожностью, боязливостью, вздрагивает от громких звуков. Высокие показатели уровня тревожности в методике Тейлора. 2. Со стороны внимания признаки легкой истощаемости, неустойчивости концентрации (в таблицах Шульте темп достаточный, но наблюдались ошибки, обратный счет несколько затруднен). Механическое запоминание и опосредованное развиты достаточно (запомнила 10 слов с 4-го предъявления, в методике «Пиктограммы» воспроизвела 80% понятий). 59 3. При обработке методики измерения уровня тревожности Тейлора было получено 42 балла, что свидетельствует о наличии у О. высокого уровня тревоги. Это является характерной особенностью для детей с неврозом страха. 4. Существует много классификаций неврозов, но самым распространенным является деление неврозов на неврастению, невроз страха, невроз навязчивых состояний и истерический невроз. При неврастении преобладают такие симптомы, как повышенная психическая утомляемость, отвлекаемость и трудность концентрации внимания, сочетающиеся с раздражительной слабостью, общей вялостью и невыносливостью. Для невроза страха характерно большое количество страхов, что указывает на общий высокий уровень тревожности и неуверенности в себе. Невроз навязчивых состояний проявляется возникающими вопреки желанию навязчивыми страхами, мыслями и действиями, нередко при наличии постоянных сомнений и колебаний в принятии решения. При истерическом неврозе на первый план выступают расстройства настроения, капризность, эгоизм, фиксация внимания окружающих на своем болезненном состоянии. 5. Типичной ситуацией является непроизвольная передача страхов ребенку матерью в процессе повседневного общения, когда она выражает повышенное беспокойство по поводу воображаемых и реальных опасностей. Часто причиной страхов у детей является сдержанность родителей в проявлении чувств при наличии многочисленных опасений и тревог. Излишняя строгость так же способствует появлению страхов у ребенка. Родителям необходимо относиться к страху ребенка серьезно и адекватно, следует избегать преуменьшения значимости страха и наоборот – преувеличения его значимости. Если страх выражен слабо или только что проявил себя, не надо фиксировать внимание ребенка на таком страхе, нужно занять ребенка интересной для него деятельностью, игрой, отвлечь его. Детей никогда не следует пугать ради послушания, не следует так же оставлять маленького ребенка одного в незнакомой ему обстановке, в ситуации, когда возможно появление чего-то неожиданного. 6. Рекомендуются консультации психотерапевта, психиатра.

*Задание 8.*

В., 8 лет. Ученик 3 класса общеобразовательной школы. Мальчик из полной семьи, единственный ребенок. По словам матери наследственность не отягощена. Ребенок от первой беременности, роды в срок, без осложнений, закричал сразу. Раннее психомоторное развитие соответствовало норме. С рождения сон, как правило, был поверхностный и кратковременный, во сне ребенок часто менял положение в кровати. В. часто просыпался (обычно с криком). В первые месяцы жизни сон возможен был только на руках, при покачивании кровати, в полной тишине. В течение дня был капризным, много плакал. К 1,5-2 годам стал налаживаться сон ночью, но мальчик перестал спать днем. Грудное вскармливание было непродолжительным, отмечались трудности при введении новых блюд прикорма, при насильном кормлении возникал сильный протест, который проявлялся рвотой. С 2-4 лет начались запоры. Отмечалась быстрая смена настроения, со слов мамы В. «схватывал все на лету, любил общаться и с ровесниками, и со взрослыми». С 5 лет мальчика устроили в секции танцев и английского языка. С 6 лет В. начал занимать еще и в музыкальной школе. В школу пошел с 6 лет. В школе ведет себя хорошо, никаких нареканий от учителей не получает. Трудностей в общении со сверстниками не наблюдалось. С 7 лет, приходя со школы, стал жаловаться на головную боль, усталость, снизился интерес к учебе, стал плаксивым и капризным, вернулись нарушения сна (плохо засыпает, часто просыпается, не высыпается). На данный момент немного снизилась успеваемость. Жалуется, что не может сосредоточиться, быстро наступает усталость. Ведущая рука правая. Мелкая и крупная моторика развиты на достаточном уровне. Навыки самообслуживания сформированы. На патопсихологическом обследовании в присутствии мамы. Мальчик контактен, вежлив, опрятен. Самостоятельно предъявляет жалобы на усталость и головные боли. Инструкции понимает с первого раза, удерживает. При указании на ошибку расстраивается, смотрит на маму, поспешно исправляет. При исследовании внимания время, затрачиваемое на поиск цифр в таблицах Шульте, составило: 45-50-53-60-49 секунд. Методику «Серийный отсчет» выполнил в достаточном темпе с немногочисленными ошибками, при указании на которые исправлял их. Кривая запоминания 10 слов: 6-7-7-10, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 7 слов. В методике «Пиктограммы» наблюдались трудности в опосредовании абстрактных понятий, в целом рисунки адекватны, пояснения логичные. Воспроизвел 70% понятий. В методиках «Исключение лишнего» и «Классификация» использует существенные, категориальные признаки, реже конкретные. Переносный смысл пословиц и метафор доступен. В методике Дембо-Рубинштейн по всем шкалам оценка ниже 40%.

1. Какое нарушение описано в задаче? Объясните. 2. Какие особенности когнитивной сферы выходят на первый план? 3. На что направлена методика Дембо-Рубинштейн? Оцените результаты методики у В. 4. Какие существуют причины появления данного нарушения? Какие из них описаны в данной задаче? 5. Чем отличаются неврозы от психопатий.

*Эталон решения*

1. В задаче описана неврастения, среди причин которой главная роль принадлежит продолжительному воздействию стресса. В развернутой форме неврастения встречается у детей школьного возраста и подростков. Основными симптомами болезни являются жалобы на повышенную утомляемость, снижение успеваемости и продуктивности, невозможность сосредоточиться, физическую слабость и истощаемость. Часто к ним присоединяются неприятные физические ощущения, такие как головокружение, головные боли, желудочно-кишечные расстройства. В приведенном случае имеют место: большие нагрузки, во время учебы и после нее жалобы на головную боль, снижение интереса к учебе; отмечается плаксивость и капризность, нарушения сна, снижение успеваемости, быстрая утомляемость. При патопсихологическом исследовании выявляются нарушения внимания и памяти, истощаемость психических процессов. 2. На первый план выходят нарушения внимания: слабая концентрация, сужение объема, истощаемость, а так же слабость активного внимания. Объем механического и опосредованного запоминания достаточен, мышление без явных нарушений. 3. Методика Дембо-Рубинштейн направлена на изучение самооценки больного, ему предоставляется возможность оценить свое состояние по шкалам (чаще всего используют шкалы: «характер», «счастье», «ум», «здоровье»). Самооценка у В. занижена. 4. Неврастения возникает под действием различных жизненных событий, которые называют психотравмирующими. Статистика свидетельствует о том, что этому неврозу более подвержены мальчики, нежели девочки. Возраст может быть любым, но в «группу риска» входят младшие школьники из-за сложностей с адаптацией к учебному ритму жизни. Причина очень многих случаев неврастении среди детей кроется в отношениях с родителями. Это бывает, когда взрослые члены семьи постоянно недовольны ребенком, либо предъявляют к нему слишком большие требования, для соответствия которым ему приходится ежедневно выбиваться из сил. Если ребенок перегружен учебой или секциями, и при этом он видит, что не дотягивает до желаемого родителями уровня, – рано или поздно психика дает сбой. Также причиной неврастении может быть неравномерно распределенная родительская любовь (или видимость этого для ребенка) между старшими и младшими детьми. Когда ребенку кажется, что родители несправедливы к нему, он не может абстрагироваться от этой травмирующей ситуации. К этому же результату приводят повторяющийся страх наказания, некомфортная обстановка в учебном заведении. В описанном случае заметно переутомление ребенка на различных секциях, куда он был отправлен с 5 лет. К В. предъявляются завышенные требования, ему важно одобрение со стороны матери. Это видно по тому, как он реагирует при указании экспериментатора на его ошибку: мальчик расстраивается, смотрит на маму и спешит исправить ошибку. 5. При неврозе: наследственность не значима, патологические изменения характера парциальные или отсутствуют, расторможенность и конфликтность отсутствуют, чувства вины, стыда, сочувствие ярко выражены, проявления обратимы в результате благоприятного изменения обстоятельств и лечения, такие дети положительно относятся к оказанию помощи, ищут помощи. При психопатии: наследственность предопределяющая, патологические изменения характера тотальные, расторможенность и конфликтность ярко выражены, чувства вины, стыда, сочувствие отсутствуют, проявления относительно необратимы и устойчивы, такие дети отрицательно относятся к оказанию помощи.

*Задание 9.*

Больная М., 11 лет. Со слов матери, девочка не усваивает программу вспомогательной школы, агрессивна, раздражительна, невнимательна, часто жалуется на головные боли. Ребенок от четвертой беременности, родилась с обвитием пуповины, в ходе родовой деятельности получила механическую травму. Ходить начала в 2 года. Первые слова начала произносить в 3 года. До 5 лет часто болела тяжело протекающими простудными заболеваниями. Дружит с детьми значительно младше нее. При экспериментально-психологическом исследовании обнаружено: отвечает на вопросы экспериментатора, преимущественно повторяя за ним слова и предложения. Общий запас знаний об окружающем мире ограничен узким кругом бытовых, повседневных вопросов. Речь тихая, замедленная, нечеткая, косноязычная, аграмматичная. Считает до 10, обратный счет недоступен. Буквы знает, но читать не может. Кривая запоминания (методика 64 10 слов): 2, 3, 2, 1. При исследовании мышления допускает грубые ошибки в формировании групп. Лишний предмет исключает с использованием конкретно-ситуативных признаков. Понимает рассказ частично, пересказ не доступен. Не смогла собрать ни одного орнамента из методики «Кубики Кооса».

1. Дайте определение понятия «олигофрения». Назовите критерии умственной отсталости. 2. О какой степени умственной отсталости идет речь? 3. Каковы возможные причины психического недоразвития? 4. Определите прогноз заболевания. 5. Опишите особенности эмоционально-волевой сферы при данной степени умственной отсталости.

*Эталон решения*

1. Олигофрения – это сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний. Критерии умственной отсталости: тотальность психического недоразвития; непрогредиентность интеллектуальной недостаточности; стабильность нарушений психики. 2. Имбецильность. Это более тяжелая степень слабоумия, чем дебильность. Суждения больной крайне бедны и большей частью без переработки заимствованы у окружающих. Логические процессы находятся на очень низком уровне. Общий запас знаний об окружающем мире ограничен узким кругом бытовых, повседневных вопросов. Моторика малодифференцирована, конструктивный праксис грубо нарушен. 3. Пренатальные (антенатальные); перинатальные (интранатальные); постнатальные; генетические. Таким образом, возможной причиной заболевания является выше перечисленные факторы – «ребенок от четвертой беременности, родилась с обвитием пуповины, в ходе родовой деятельности получила механическую травму». 4. Прогноз стабильно-неблагоприятный. При отсутствии осложнений дети и подростки часто способны овладевать элементарными видами физического труда. При тяжелой степени имбецильности даже простым видам производственного труда обучение невозможно. 5. Для деятельности характерно отсутствие инициативы, самостоятельности. Относительно сохранны простые непосредственные эмоции, а также и проявления сочувствия, стремление помочь, реакции на похвалу и порицание. Имеются зачатки самооценки: переживание своей физической слабости, моторной неловкости.

*Задание 10.*

Больная И., 6 лет. Со слов матери, И. не умеет читать и писать, знает все буквы, но не может сложить их в слоги, отказывается заниматься с психологом и логопедом. У девочки чрезмерная двигательная активность. Второй год подряд пытается пройти подготовку к школе, крайне не усидчива, интерес к учебной деятельности не проявляет. Ребенок часто совершает хватательные движения руками, не слушается родителей, бывает возбуждена и бурно реагирует на любые внешние воздействия. Успокоить ее крайне сложно. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, во время которой у матери наблюдались анемия, пиелонефрит. Роды стремительные, в срок. С первых дней жизни у И. отмечались неустойчивость рефлексов, субфебрилитет, ослабленное дыхание, проявления снижения иммунитета. Был установлен диагноз: внутриутробное инфицирование, постнатальная энцефалопатия 1-й степени смешанного генеза, физиологическая незрелость 1-й степени. Несколько раз в год болела ОРЗ (с повышением температуры тела до 40°С). Со слов матери, в развитии от сверстников не отставала, отличалась только невысоким ростом и небольшим весом. Детский сад не посещала из-за особенностей в пищевом поведении (ела только перекрученную пищу). Дома родители целенаправленно с ребенком не занимались. Со сверстниками общалась довольно активно, во время контактов вела себя несдержанно, решения разногласий осуществляла с помощью силы. Физическое развитие в целом соответствует возрасту. Внешне опрятна, ухожена. Крупная моторика развита достаточно. Мелкая моторика затруднена, затруднена дифференциация сложных движений (графические пробы). Данные экспериментально-психологического исследования: При исследовании восприятия с помощью методик «Чего не хватает на рисунках?» и «Какие предметы спрятаны?» нарушений не выявлено. При исследовании внимания отмечается неустойчивость, ослабление концентрации (допускает много ошибок в методике «Найди и вычеркни» (пропуск знаков и строк), в методике «Запомни и расставь точки» воспроизвела 2 точки). При исследовании памяти выявлено снижение объема механической памяти (методика «Запомни рисунки»), а также снижение продуктивности опосредованного запоминания (воспроизводит рассказ с многочисленными неточностями). При исследовании счетных операций выявлено: счет на пальцах в пределах 10 (без привлечения внешних опор испытывает выраженные трудности). При исследовании речи отмечается правильное произношение букв и звуков, достаточный словарный запас, темп и плавность речи не нарушены. При исследовании мышления методиками «Нелепицы», «Времена года», «Кому чего не достает?» нарушений не выявлено, все результаты в пределах нормы. При исследовании конструктивной деятельности с помощью кубиков Кооса сборка орнамента каждый раз осуществляется методом «проб и ошибок». Общий запас знаний достаточный. Коммуникативное развитие: в ситуации обследования активна, любопытна, не интересуется результатами. Самооценка адекватна возрасту (поставила себя на 4-ю ступеньку в методике «Лестница», родители поставили ее на 7-ю ступеньку).

1. Проанализируйте данные беседы и анамнестические сведения. 2. Дайте оценку данным экспериментально-психологического исследования. 3. Выделите факторы, способствующие формированию указанного расстройства. 4. Опишите суть синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). 5. Какие психокоррекционные мероприятия необходимы в данном клиническом случае?

*Эталон решения*

1. На первый план выступают жалобы на дефицит внимания и гиперактивность, наследственность психическими заболеваниями не отягощена, время воздействия повреждающего фактора – пренатальный и ранний постнатальный период. 2. В ходе исследования выявлены неустойчивость и снижение концентрации внимания, снижение объема механической и продуктивности опосредованной памяти, недостаточная сформированность мелкой моторики и конструктивной деятельности, отсутствие познавательного интереса к ситуации обследования. Уровень развития мышления и эмоционально-личностной сферы соответствуют возрасту. 3. Пренатальный (во время беременности наблюдалась анемия, пиелонефрит), натальный (стремительные роды), ранний постнатальный (сниженный иммунитет, частые ОРЗ с повышением температуры тела до 40°С). 4. СДВГ – неврологически-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. Выделяют три варианта течения СДВГ в зависимости от преобладающих признаков: синдром гиперактивности без дефицита внимания; синдром дефицита внимания без гиперактивности; синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность (наиболее распространённый вариант). 5. Программа коррекции должна включать работу с гиперактивностью, импульсивностью, нарушениями внимания, эмоциональной, двигательной сферами, сферой межличностного общения и поведения. На первом этапе необходимо провести индивидуальную работу психолога с ребенком, направленную на развитие внимания, памяти, произвольности психических процессов. Второй этап представляет собой постепенное включение ребенка в групповые занятия с детьми без нарушений поведения с целью формирования навыков самоконтроля, умения следовать установленным правилам, развития коммуникативной сферы в целом.

*Задание 11.*

Больной И., 9 лет. На момент исследования жалоб не предъявляет. К обследованию относится положительно, но интереса не проявляет. Целью и результатами исследования не интересуется. Проживает с мамой, отчимом и младшей сестрой. Со слов обследуемого, в семье складываются хорошие, эмоционально благополучные отношения. В детский сад пошел с 5 лет, в школу – с 7. Учится в 3 классе, на «3» и «4». С одноклассниками общается, однако сидит один за партой, объясняя это тем, что они ему мешают заниматься. В течение недели находится на лечении в неврологическом отделении с диагнозом ЧМТ после автомобильной аварии. 69 Физическое развитие соответствует возрасту. Внешний вид: опрятен, фенотипические характеристики соответствуют возрастной норме. Крупная моторика сформирована, мелкая моторика затруднена (затруднен кинетический, кинестетический и пространственный праксис). Восприятие несколько затруднено (при выполнении методики «Что здесь нарисовано?» требуется помощь экспериментатора). При исследовании внимания выявлено незначительное снижение устойчивости и концентрации внимания (в «Корректурной пробе» показатель устойчивости внимания равен 0,9, что соответствует нормативным показателям; результаты выполнения таблиц Шульте: 3 мин. 52 сек., 3 мин. 22 сек., 3 мин. 16 сек., 2 мин. 43 сек., что свидетельствует о снижении темпа психической деятельности, врабатываемости). При исследовании памяти выявлена недостаточность объема механической памяти (кривая запоминания 10 слов: 2, 3, 4, 4, отсроченное воспроизведение через 30 мин. – 2 слова), снижение продуктивности опосредованного запоминания (резко затруднен пересказ рассказа, смысл передать не смог). При исследовании речи выявлено снижение темпа, преимущественное использование односложных предложений, бедность словарного запаса при сохранности звукопроизношения. Воображение характеризуется примитивностью и ограниченностью (отказался выполнять методику «Несуществующее животное»). При исследовании мышления методикой «Исключение лишнего» (предметный вариант) оперирует преимущественно конкретными и конкретно-ситуативными признаками предметов. Отмечаются трудности при выполнении сложного варианта методики «Составление рассказа по отрезкам», при доступности более простых заданий методики. При исследовании личностной сферы с помощью рисуночного теста диагностики психических состояний младших школьников выявлено благоприятное физическое и психологическое состояние ребенка (свое настроение изобразил красным цветом в виде цветка, что свидетельствует о состоянии интереса, радости, активности и внимания). С помощью методики «Нарисуй человека» выявлена неуверенность, нестабильность личности, недостаток базового чувства защищенности, личностная незрелость и склонность к поверхностным неэмоциональным контактам, выражен эгоцентризм.

1. Сформулируйте заключение по результатам экспериментально-психологического исследования. 2. Сформулируйте рекомендации для родителей. 3. В чем заключается специфика ЧМТ у детей? 4. Охарактеризуйте нарушения когнитивных функций, возникающие у детей после ЧМТ. 5. Охарактеризуйте возможные трудности обучения у детей, перенесших ЧМТ.

*Эталон решения*

1. В ходе исследования было выявлено нарушение интеллектуально-мнестической сферы (нарушение восприятия, замедленный темп психической деятельности, медленная врабатываемость, выраженное снижение объема механической памяти и продуктивности опосредованного запоминания, снижение уровня процессов обобщения и отвлечения) и эмоционально-личностной сферы (неуверенность, нестабильность личности, недостаток базового чувства защищенности, личностная незрелость). 2. Целенаправленное создание ситуации успеха, с помощью которых ребенок сможет поверить в себя. Делать акценты на сильные стороны ребенка, вербально и невербально давать понять, что усилия ребенка ценятся, помогать в случае необходимости. Кроме того, для улучшения мозгового кровообращения необходимо пересмотреть рацион питания ребенка в пользу продуктов, содержащих витамины, свести к минимуму употребление «быстрых сахаров» (конфеты, пирожные и т.д.). Нормировать физические нагрузки. 3. Своеобразие клинического течения и исходов ЧМТ у детей обусловлено тем, что механическая энергия воздействует на мозг, рост и развитие которого еще не закончены. Благодаря высокой пластичности развивающегося мозга у детей чаще, чем у взрослых, возможен благоприятный исход, в том числе и после тяжелых клинических вариантов ЧМТ. Между тем даже легкие ЧМТ в детском возрасте не всегда проходят бесследно. Так, показано, что в отдаленном периоде после перенесенного сотрясения головного мозга (в интервале от 6 мес. до 3 лет) не менее чем у 30% пациентов детского возраста формируется комплекс нарушений, обозначаемый как посткоммоционный синдром. Основные проявления посткоммоционного синдрома: церебрастенические симптомы – быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность, тревожность, раздражительность, трудности засыпания; головные боли, головокружения, периодически сопровождающиеся тошнотой; умеренно выраженные нарушения координации движений при исследовании неврологического статуса; когнитивные нарушения (со стороны внимания, памяти), сопровождающиеся трудностями, связанными с обучением в школе. Не вызывает сомнения тот факт, что ЧМТ средней и тяжелой степени приводят к более серьезным последствиям. При этом необходимо иметь в виду, что последствия ЧМТ могут проявиться не сразу, а оказаться отсроченными. Если ЧМТ влияет на нормальный ход процессов развития мозга, то в результате она отражается и на формировании личности ребенка, его когнитивном и эмоциональном развитии, школьном обучении, формировании социальных навыков. Выраженность психоневрологических нарушений в отдаленном периоде ЧМТ в значительной мере определяется исходной степенью тяжести травмы. 4. Выраженность когнитивных нарушений в отдаленном периоде ЧМТ также определяется исходной степенью ее тяжести. Ряд нарушений высших психических функций обусловливается специфической локализацией поражений, в частности преимущественным поражением при ушибах мозга лобных и височных долей. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ЧМТ, часто затрагивают такие сферы психической деятельности, как память, внимание, скорость переработки поступающей информации, а также обеспечиваемые префронтальными отделами больших полушарий мозга управляющие функции (планирование, организация, принятие решений). Тем не менее, во многих случаях резидуальные расстройства формируются вследствие диффузного вовлечения коры и повреждения аксиальных структур головного мозга, которые модулируют функциональную активность коры. Именно сочетанное поражение локальных зон коры головного мозга, аксиальных и подкорковых образований приводит к развитию нарушений памяти, внимания, регуляции уровня психической активности, эмоций и мотиваций. 5. Травматические повреждения определенных корковых центров могут приводить к возникновению специфических трудностей, связанных с формированием навыков чтения (дислексии), письма (дисграфии) или счета (дискалькулии), но подобные случаи встречаются не так часто. У большинства детей приобретенные до ЧМТ школьные навыки сохраняются либо обретаются вновь. Тем не менее во многих случаях возможно формирование школьной дезадаптации, обусловленной возникшими вследствие ЧМТ когнитивными, речевыми нарушениями, а также эмоциональными и поведенческими трудностями. У многих детей и подростков в отдаленном периоде ЧМТ отмечаются следующие затруднения, связанные с обучением в школе: приобретаемые знания имеют неоднородный и отрывочный характер; на уроках в школе ребенок с трудом включается в выполнение заданий, плохо справляется с ними; наблюдаются нарушения внимания во время занятий, отмечаются затруднения, связанные с запоминанием; ребенок неаккуратен, не доводит начатое дело до конца, не организован; ребенок не может эффективно использовать помощь окружающих для того, чтобы завершить выполнение задания, работы; ребенок испытывает затруднения, когда речь идет о применении информации и навыков, а также в формулировании выводов, обобщений.

*Задание 12.*

На приеме у клинического психолога детской поликлиники М. 6 лет. Мать девочки сообщила, что ее дочь стала отставать в развитии и отличаться от своих сверстников. До этого некоторые отставания замечались, но им не придавалось особого значения. Из анамнеза: семья полная. Отец М. много времени проводит на работе, дочерью занимается мать-домохозяйка. Беременность протекала тяжело, у плода было выявлено обвитие пуповины вокруг шеи при сроке 34 недели. В результате этого развилась гипоксия. М. родилась при помощи кесарева сечения на несколько недель раньше планируемого срока. М. росла болезненным ребенком. Первый год жизни она находилась под пристальным вниманием врачей, мать водила ее на лечебные массажи, физиотерапию. Ходить М. начала в 1,5 года, говорить в 2,5. Детский сад не посещала. Мать сама занимается с М. подготовкой к школе. Девочка отличается медлительностью, малой инициативностью. Однако легко выполняет просьбы матери помочь по дому. Отмечается некоторая необдуманность и непредсказуемость поступков, «на улице чуть отвернешься, может засунуть в рот мусор или выбежать на дорогу». М. охотно идет на контакт, но ее легко можно обидеть. Во дворе любит играть с детьми младше ее. Старшие дети не хотят с ней играть из-за того, что она не понимает правила. Результаты патопсихологического исследования. При исследовании внимания методикой «Тест Бурдона» М. смогла выполнить меньше половины предложенного объема заданий, после чего стала делать пропуски в задании, нарушать инструкцию. Наблюдается снижение концентрации и переключаемости внимания. При исследовании памяти методикой «Запоминание фигур» смогла безошибочно воспроизвести последовательность из четырех разных геометрических фигур, что свидетельствует о сохранности механической памяти. В методике «Воспроизведение предложений» повторяла предложения с первого раза, но нарушала их грамматическое строение. При пересказе рассказа не смогла передать основную мысль, но дословно воспроизвела несколько предложений. При исследовании мышления наблюдаются снижение уровня обобщения (на рисунке с изображением диких и домашних животных М. не смогла выделить две группы, а указала разделение их на больших и маленьких). В методике «Нелепицы» самостоятельно ошибок не находила, исправляла их только после указания психолога. Результат выполнения теста Векслера (детский вариант): IQ = 60.

1. Какое расстройство наблюдается у М.? 2. Чем может быть обусловлено данное расстройство? 3. Объясните, чем вызваны описанные матерью необдуманные и импульсивные поступков больной? 4. Опишите особенности мышления у детей с указанным расстройством? 5. Укажите возможности получения образования такими детьми.

*Эталон решения*

1. Олигофрения легкой степени (степени дебильности). 2. Возникновение данного расстройства обусловлено экзогенным фактором – гипоксией мозга в перинатальном периоде. 3. Поведение дебилов в значительной степени зависит от преобладающих эмоций и влечений и от их сниженного контроля. 4. У таких детей преобладает конкретно-описательный тип мышления, в то время как способность к абстрагированию почти отсутствует. Они сложно воспринимают логические связи между предметами. 5. Олигофрены могут проходить обучение в специализированных школах, где учебный процесс будет соответствовать их умственным возможностям. В дальнейшем они способны освоить несложную специальность и выполнять простую работу, не требующую быстрого переключения внимания, инициативности или самостоятельности.

*Задание 13.*

Больной Н., 8 лет. Школу не посещает. Самостоятельно жалоб не высказывает. Со слов матери, мальчик не владеет навыками счета, не запоминает цвета, фигуры, животных, очень легко отвлекается, рассеян, быстро утомляется. Беременность и роды протекали без патологии, в 1,5 года ребенок переболел краснухой, отец мальчика наблюдается у психиатра. В ходе беседы на вопросы отвечает односложно: «забыл», «не знаю», «мама Наташа». Не владеет знаниями о своей семье, возрасте, месте жительства и т.д. Методики выполняет быстро, с многочисленными ошибками, доступными коррекции с помощью экспериментатора. Данные экспериментально-психологического исследования: Работа с таблицами Шульте недоступна, так как мальчик не владеет навыками счета. При выполнении детского варианта теста Бурдона не удерживает инструкцию, допускает многочисленные пропуски знаков и строк. Кривая запоминания 10 слов: 3, 4, 6, 4, 5, отсроченное воспроизведение – 2 слова. Отмечается снижение долговременной и зрительной памяти. Уровень общей осведомленности резко снижен. При сравнении понятий использует только наглядные и личностно-значимые признаки: «кошка-собака» – «кошек я люблю, они добрые, а собаки кусаются».

1. Нарушения какой психической сферы являются ведущими проявлениями данного расстройства? 2. Проанализируйте данные экспериментально-психологического исследования. 3. Выделите факторы, способствующие развитию указанного расстройства. 4. Уместна ли диагностика умственной отсталости? 5. Оцените возможность использования теста Люшера для исследования эмоциональной сферы данного больного.

*Эталон решения*

1. На первый план выступают нарушения интеллектуально-мнестической сферы. 2. Повышенная переключаемость, неустойчивость внимания, значительное снижение объема механической памяти, конкретность мышления, резкое снижение уровня общей осведомленности, недостаточно сформированный словарный запас. 3. Основной фактор – инфекционное заболевание в раннем постнатальном периоде, также следует дополнительно проанализировать возможность воздействия биологического фактора, так как отец мальчика наблюдается у психиатра. 4. Диагноз «умственная отсталость» уместен. 5. В данном случае использование теста Люшера невозможно, так как у больного не сформированы цветовые эталоны. Возможны сложности в освоении инструкции.

*Задание 14.*

Больная А., 5 лет 3 мес. Из анамнеза известно: наследственность не отягощена, роды и беременность матери протекали без осложнений. Ребенок родился от первой беременности, закричал не сразу. В возрасте 4 мес., родители заметили, что А. не смотрит в глаза близким, смотрит «мимо человека». Отсутствует «комплекс оживления» при контакте. У А. не появляется улыбка и при виде родителей. Она часто бывает равнодушной к близким, не дает адекватной эмоциональной реакции на их появление и уход, не замечает их присутствия. Любое изменение привычной обстановки, например, в связи с перестановкой мебели, появлением новой вещи, новой игрушки часто вызывает недовольство и даже бурный протест с плачем и пронзительным криком. Ползает с 6 мес., ходит с 1 года 2 мес. Передвигалась исключительно на цыпочках. Речь появилась в трехлетнем возрасте. Может часами совершать одни и те же действия, отдаленно напоминающие игру: наливать в посуду и выливать из нее воду, пересыпать что-либо, перебирать бумажки, спичечные коробки, банки, веревочки, перекладывать их с места на место, расставлять их в определенном порядке, не разрешая никому убирать или отодвигать их. Девочка посещала детский сад, однако с детьми не контактировала. С 3-4 лет опасалась неожиданных, случайных событий. При обследовании речевому контакту недоступна. В глаза собеседнику не смотрит, взгляд «плавающий». Мимика ребенка бедная, выражение лица однообразное, не отражает чувство эмпатии к собеседнику. В игровую деятельность А. вовлечь не удается.

1. Оцените состояние А. 2. Дайте определение данного расстройства. 3. Опишите основные проявления раннего детского аутизма. 4. Для какого уровня реагирования по В.В.Ковалеву характерно начало развития заболевания? 5. Какая разновидность дизонтогенеза лежит в основе детского аутизма?

*Эталон решения*

1. Наблюдается детский аутизм, который проявляется в данном случае отсутствием «комплекса оживления», улыбки при виде родителей; равнодушием к близким; негативной реакцией (бурный протест с плачем) на любое изменение привычной обстановки; использованием в игре неигровых предметов (наливает в посуду и выливает из нее воду, пересыпает что-либо, перебирает бумажки, спичечные коробки, банки, веревочки, перекладывает их с места на место, расставляет их в определенном порядке, не разрешая никому убирать или отодвигать их). 2. Ранний детский аутизм (синдром Каннера) – особое расстройство, определяемое проявлениями диссоциативного дизонтогенеза, то есть неравномерно нарушенным развитием психической, речевой, моторной, эмоциональной сфер деятельности ребенка с нарушением социального общения. 3. Для этой дизонтогении характерны следующие проявления: «аффективная блокада» – отсутствие стремления к контактам с окружающими; протодиакриз – недостаточная способность дифференцировать людей, животных, неодушевленные предметы; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители; неофобия – боязнь всего нового; стереотипный характер игровой деятельности; отсутствие коммуникативной функции речи («попугайная» речь); гиперстезия к различным видам раздражителей; моторная неловкость. 4. Сомато-вегетативный уровень реагирования, для которого характерны различные варианты невропатического синдрома, повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, сна, нарушениям питания, навыков опрятности и так далее. Проявления возможны у детей раннего (иногда предшкольного) возраста в клинике невротических, резидуально-органических и нервно-психических расстройств. 5. Дизонтогенез по типу искаженного развития (неравномерность, дисгармония психического развития и нерезко выраженный дефицит активности). Проявления дизонтогенеза искаженного типа, характерные для детей, больных шизофренией, и детей с детским аутизмом процессуального генеза: задержка предметного восприятия, грубое недоразвитие предметных действий, трудности планомерного сличения объектов по нескольким параметрам; особое развитие речи с характерным самостоятельным или гипертрофированным развитием ее акустической стороны при недостаточной предметной отнесенности; полноценное или гипертрофированное развитие понятий и недостаточное их влияние на перцептивную деятельность, перцептивные обобщения; диссоциация развития интеллектуальной и аффективной сфер.

*Задание 15.*

Мальчик С., 10 лет. Учится в 3 классе общеобразовательной школы, дважды дублировал второй класс. Ребенок от первой тяжело протекающей беременности, мать в первом триместре перенесла краснуху. Родился С. недоношенным. Часто болел респираторными заболеваниями. Ходить начал в 1 год 3 мес., говорить – после 1 года. Рос С. беспокойным, крикливым, плаксивым, с детьми не играл. В школу пошел с 7 лет. За годы обучения школьными навыками не овладел. Во время уроков играл с разными предметами, гримасничал, выкрикивал, ходил по классу. Временами С. падает на пол, стучит ногами, кричит «не своим голосом». Результаты патопсихологического исследования обнаруживают: маленький словарный запас, недостаточный для данного возрастного периода. Знает всего лишь несколько букв, отвлеченный счет сформирован только на наглядном материале в пределах семи. Часто забывает задание, инструкцию понимает не с первого раза. Внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностями распределения, замедленной переключаемостью. Обиходную речь понимает. На вопросы экспериментатора отвечает формально. При исследовании механической памяти с помощью методики 10 слов – кривая запоминания: 2-3-2-1. При отсроченном воспроизведении не назвал ни одного слова. Выполнение методики «Пересказ рассказа» возможно только при помощи экспериментатора, переносного смысла рассказа не понимает. В методике «Классификация» сгруппировал картинки по ситуационному признаку.

1. Какое расстройство описано в данной задаче? 2. Дайте определение расстройства. 3. Укажите возможные причины, способствующие развитию заболевания. 4. Каковы расстройства эмоционально-волевой сферы при этом заболевании? 5. Перечислите три группы олигофрении по Г.Е. Сухаревой.

*Эталон решения*

1. В данном случае речь идет об умственной отсталости в степени дебильности. 2. Умственная отсталость – это группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, объединенных общим признаком – все они представляют клинические дезонтогении головного мозга (по Г.Е. Сухаревой). 3. Пренатальные (краснуха у матери во время беременности); постнатальные (респираторные заболевания в раннем детстве). 4. Особенности эмоционально-волевой сферы: недоразвитие высших эмоций (эстетических, нравственных), отсутствие устойчивых мотивов, изменение поведения в зависимости от внешней обстановки, случайных воздействий среды. Затруднен контроль над элементарными инстинктивными потребностями и влечениями, негативизм. 5. Классификация олигофрений по Г.Е. Сухаревой: 1) олигофрении эндогенной природы; 2) олигофрении, обусловленные внутриутробным поражением зародыша, плода; 3) олигофрении, связанные с воздействием вредностей во время родов или в раннем детстве.

*Задание 16.*

Л., 8 лет. Проживает с отцом, матерью и старшим братом. Мать предъявляет жалобы на то, что дочь плохо учится в школе, она ничего не усваивает, «на нее жалуются все учителя». Дома девочка не может выполнять задания, ссылаясь на головную боль и сильную усталость. Из анамнеза жизни: родилась и проживает в городе Курске. В школу пошла с 7 лет. Девочка любит активные игры, ее любимая игра «догонялки». Из анамнеза заболевания известно, что Л. состоит на учете у невролога с диагнозом СДВГ. В беседе с мамой было выяснено, что во время родов наблюдались осложнения (неправильное предлежание плода), вследствие чего было произведено кесарево сечение. Мать Л. характеризует дочку как активного, но очень невнимательного ребенка: «Как она начала ходить в 10 месяцев, так я и не могу присесть ни на минуту. Л. постоянно бегала по комнатам, натыкаясь на все, что попадется на ее пути. Девочка все время подвижна, импульсивна и не обращает внимание на то, что ей говорят. Например, я неоднократно прошу ее положить платье в корзину для белья, потом обнаруживаю, что она все еще играет с ним на полу. Наказания и методы воспитания, которые я использую со старшим ребенком, на нее не действуют». Школьный учитель говорит, что на уроках Л. отвлекаема, постоянно разговаривает с соседями по парте, может раскачиваться на стуле, вставать и ходить. Девочка не может спокойно ждать своей очереди, не усваивает учебный материал. Во время патопсихологического исследования Л. постоянно отвлекалась на внешние раздражители. Не следовала инструкциям и не хотела до конца доделывать задания. Методики, которые ей предлагал психолог, выполняла неохотно. На замечания не реагировала, результатами не интересовалась. Из клинико-психологической карты. Физическое развитие соответствует возрасту. Внешний вид неопрятный. Крупная моторика нарушена. Наблюдается неустойчивость походки, отмечается нарушение мелкой моторики, движения не точные. Речь девочки характеризуется быстрым темпом, чрезмерной громкостью. В беседе часто перескакивает с одной мысли на другую. Восприятие адекватное, показывает простые и перечеркнутые изображения. При исследовании внимания выявлены повышенная отвлекаемость, низкая продуктивность. Объем кратковременной памяти высокий – 8 слов, отсроченное воспроизведение – 7 слов. При исследовании мышления было отмечено снижение уровня обобщения, а также наличие конкретности мышления. Самооценка у девочки заниженная, был выявлен высокий уровень тревожности. С ее слов, в семье возникают конфликты из-за «злой мамы». Коммуникативные навыки не соответствуют возрасту. Заключение. При психологическом исследовании были выявлены повышенная отвлекаемость и низкая продуктивность внимания, снижение уровня процессов обобщения, высокий уровень личностной тревожности.

1. Каковы причины данного поведения? 2. Чем характеризуется поведение детей с СДВГ (гипердинамическим синдромом)? 3. Какие методики необходимо использовать для диагностики этого заболевания? 4. Составьте рекомендации для педагогов и родителей детей с подобными нарушениями. 5. Укажите направления психологической коррекции для Л.

*Эталон решения*

1. Данное поведение обусловлено наличием гипердинамического синдрома. Из приведенных анамнестических сведений причиной его возникновения могли быть осложнения во время родов у матери Л., неправильное предлежание плода, кесарево сечение. 2. Поведение детей с этим синдромом характеризуется невнимательностью: такие дети легко отвлекаются, с трудом сосредотачивают свое внимание на уроках, из-за чего не усваивают учебную информацию. Гиперактивность выражается в несдержанности, нетерпеливости, избыточной общительности, суетливости, невозможности долго сидеть на месте. Импульсивность в поведении приводит к тому, что дети постоянно перебивают, когда говорят другие, не дослушивают до конца обращенную к ним речь, им трудно дожидаться своей очереди. 3. Для патопсихологической диагностики приоритетное значение имеют пробы на исследование свойств внимания – «таблицы Шульте», «Проба на серийный отсчет», корректурная проба и изучение эмоциональной и личностной сферы методиками, соответствующими возрасту (проективные методики). 4. Родителям необходимо уделить внимание обстановке, в которой находится ребенок, отказаться от физических наказаний. Также необходимо чаще быть в контакте с ребенком (обнимать его, успокаивать и т.д.). Таких детей надо чаще хвалить, отмечая успехи. Очень важно создать для детей с СДВГ режим дня и строго его придерживаться. Рекомендуется правильно организовать досуг и физическую нагрузку для Л., проконсультироваться с участковым педиатром о возможности посещать спортивные секции, где Л. будет реализовывать двигательную активность (занятия в бассейне, командные игры и др.). 5. Психологическая коррекция должна быть направлена на развитие свойств внимания, оптимизацию мнестических функций, развитие мышления. С учетом возраста Л. для достижения поставленных целей психокоррекционной работы можно применять курс игровых занятий, включающих упражнения, тренинги, способствующие формированию устойчивости внимания, снижение импульсивности в поведении, развитию длительной концентрации.

*Задание 17.*

К., 8 лет. Третий ребенок в семье. Родился от беременности, протекавшей с токсикозом первой половины (тошнота, рвота), угрозой выкидыша, отеками и повышением артериального давления во второй половине. Роды на 2 недели раньше срока, закричал после реанимационных мероприятий. К груди приложили на третьи сутки. Сосал вяло. С младенческого возраста был вялым, безразличным к дискомфорту (голод, мокрые пеленки и др. не вызывали реакцию неудовольствия). Со слов матери, К. практически не было слышно, «словно и не было в доме ребенка», редко плакал, совсем не выражал радости (при появлении матери, покупке новых игрушек, общении), спокойно шел на руки к посторонним людям. Держать головку, сидеть, ползать, ходить начал вовремя. Однако долго не формировались навыки самостоятельной еды (к 4 годам), не мог самостоятельно одеваться до 6 лет, до сих пор не умеет застегивать пуговицы, завязывать шнурки. Развитие речи шло с опережением: первые слова появились в возрасте 7-8 месяцев, к году сформировалась фразовая речь. В возрасте 2-х лет «знал наизусть все сказки», мог заучивать стихотворения размером в страницу. Несмотря на раннее развитие речи, отдавал предпочтение общению жестами. Не проявлял интереса к общению и играм со сверстниками, иногда подходил к ним, наблюдал со стороны за их действиями, но не вступал в контакт. В школу пошел с 7 лет. Освоение школьной программы шло без выраженных затруднений, отношения с одноклассниками и учителями складывались формальные. В последнее время стал более замкнутым, стремится все свободное время проводить в одиночестве, появились проблемы в школе (пропал интерес к учебной деятельности, стал агрессивным, раздражительным), на критические замечания реагирует вспышками гнева, просьбы не выполняет, часами может лежать в кровати ничего не делая. Результаты экспериментально-психологического исследования. Контакт формальный. Сидит в однообразной позе. На вопросы экспериментатора отвечает развернуто, в речи использует сложносочиненные и сложноподчиненные предложения, темп и плавность речи не нарушены. На замечания экспериментатора реагирует раздражением. Ошибки не исправляет. Общий запас знаний об окружающем мире достаточен. При исследовании восприятия нарушений не выявлено. При исследовании внимания установлено нарушение устойчивости, концентрации, переключаемости (результаты выполнения таблиц Шульте: 50 сек., 66 сек., 54 сек., 57 сек., 67 сек.; корректурную пробу с переключением выполняет с многочисленными ошибками). При исследовании памяти выявлены достаточность объема механической памяти (кривая запоминания 10 слов: 5, 7, 8, 10, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 8 слов), высокая продуктивность опосредованного запоминания (рассказ пересказывает близко к тексту). При исследовании мышления обнаружена сохранность функций обобщения, отвлечения, анализа и синтеза. Методики «Исключение лишнего» и «Классификация» выполняет с опорой на существенные признаки предметов и явлений. При исследовании воображения установлен высокий уровень его развития: в методике «Несуществующее животное» нарисовал существо, которое «производит сладости», с механическими деталями, встроенными в тело – дверки как у автоматов со сладостями, антенна в руке, телевизор в карамельной паутине на голове, назвал его «абесинотроиклирон». Некоторые элементы «животного» практически не связаны друг с другом.

1. Охарактеризуйте психомоторное развитие ребенка до начала заболевания. 2. О каком заболевании идет речь в данном случае? 3. Укажите на ранние проявления заболевания. 4. Дайте интерпретацию рисунку в методике «Несуществующее животное». 5. Сформулируйте заключение по результатам экспериментально-психологического исследования.

*Эталон решения*

1. Обращает на себя внимание диссоциация в психомоторном развитии (рассогласование развития моторики и речи). Крупная моторика (умение удерживать головку, сидеть, ползать, ходить) формировалась в нормативные сроки, в то время как развитие сложных навыков, требующих высокой дифференцировки движений рук резко отстает от возрастной нормы (навык самостоятельной еды сформировался только к 4 годам, одевания – к 6, до сих пор не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы). Формирование речи шло с явным опережением возрастных норм (первые слова появились в возрасте 7-8 месяцев, к году сформировалась фразовая речь), но, несмотря на это предпочитал общаться с помощью жестов. 2. В данном случае речь идет о ранней детской шизофрении, для которой характерно снижение активности, нарастание опустошения эмоциональности, индифферентности, угасание аффективных реакций на окружающее. 3. К ранним проявлениям заболевания можно отнести следующее: с младенческого возраста К. был вял, безразличен к дискомфорту (голод, мокрые пеленки и др. не вызывали реакцию неудовольствия). Со слов матери, его практически не было слышно, «словно и не было в доме ребенка», редко плакал, совсем не выражал радости (при появлении матери, покупке новых игрушек, общении), спокойно шел на руки к посторонним людям. К. не проявлял интереса к общению и играм со сверстниками, иногда подходил к ним, наблюдал со стороны за их действиями, но не вступал в контакт. Кроме того, необходимо отметить явное рассогласование в развитии моторики и речи. 4. Обращает на себя внимание наличие большого количества комбинируемых элементов (дверки, антенна, телевизор вместе с обычными для любого животного частями: лапы, голова и др.), что указывает на высокий уровень развития воображения и творческих возможностей, оригинальность мышления. Кроме того, наличие встроенных механических деталей указывает на отгороженность от общепринятых норм, замкнутость, и в целом характерно для шизоидных личностей. В свою очередь название («абесинотроиклирон») указывает на склонность к фантазированию. 5. Таким образом, на первый план выступают нарушения эмоционально-личностной сферы, проявляющиеся реакцией раздражения на критические замечания, отсутствие познавательного интереса и мотивации к исследованию, эмоциональная отчужденность, формальный контакт, высокий уровень развития воображения, склонность к фантазированию, нарушение устойчивости, концентрации и переключаемости внимания при сохранности восприятия, памяти и мышления.

*Задание 18.*

На приеме у психолога П., 8 лет, ученица 2-го класса общеобразовательного учреждения. Третий ребенок в семье. Девочка 91 проживает с родителями, раз в полгода с бабушкой ездит за границу к родственникам учить английский язык. С детства любила быть в центре внимания, играла в театр – собирала родителей и соседей и танцевала или пела перед ними. Отношения с другими детьми всегда были конфликтными (негативно реагировала, когда при ней хвалили кого-нибудь). При посторонних была подчеркнуто послушна (со слов мамы, играла роль самого примерного ребенка). В школу П. пошла с 7 лет. С программой справляется, учиться нравится, любит хвастать пятерками. Классный руководитель обеспокоен жалобами детей, их родителей на поведение П. Являясь лидером в отношениях с одноклассниками, ей легко удается создавать провокационные ситуации (в которых дети ругаются, выясняют отношения), доходящие до драки. Когда П. не посещает школу в связи с длительными поездками, атмосфера в классе спокойная, доброжелательная. Подруги П. жалуются на то, что она хитрая, изворотливая, лживая, забирает игрушки и ломает их. Мама П. не сразу нашла время прийти на прием к психологу. Стало известно, что проблемы со сверстниками есть не только в школе, но и с соседскими детьми. Семья девочки проживает в сельской местности, родители не пускают детей гулять на улицу вместе с П. Были случаи, когда она издевалась над младшими детьми: одной девочке засунула в рот майского жука, у другой выпрашивала любимые игрушки и нечаянно ломала их, у 6-летнего мальчика попросила велосипед и погнула колесо, заехав в кучу кирпичей. От действий П. страдают соседи-пенсионеры – выпустила их собаку на улицу; поцарапала лыжной палкой дорогую иномарку гостям. После трагической смерти 16-летней сестры П., ее мать начала злоупотреблять алкоголем, отец стал ее баловать, разрешал всё, что она просила, ни в чем не ограничивал, винил себя в том, что мало внимания уделял дочерям. Во время консультации была нарочито слезлива, пыталась оправдаться и вызвать к себе сочувствие, нараспев произносила «я не специально», «это случайно получилось». К патопсихологическому исследованию отнеслась с интересом, выполняя одно задание, спрашивала о следующем. Физическое развитие соответствует возрастной норме. Интеллектуально-мнестическая сфера. Нарушений восприятия нет. Внимание достаточной концентрации, коэффициент переключаемости в норме. Пробы на математические задания выполняет легко. Мнестические функции в норме: воспроизвела 10 слов после 3-го предъявления, опосредованное запоминание 100%. В методике «Пиктограммы» достаточно быстро опосредовала понятия. Речь развита хорошо, самостоятельно составляет рассказы по картинкам, понимает причинно-следственные связи. Воображение и фантазия развиты достаточно. Переносный смысл пословиц, сказок, небольших рассказов доступен. Эмоционально-личностная сфера. Самооценка несколько завышена, хвалит себя, подчеркивает положительные качества своего характера. В методике Дембо-Рубинштейн по шкале «ум» – 90%, сравнила себя с одноклассниками «я, несомненно, поумнее многих!». Оценки по остальным шкалам в пределах 70%. Демонстративна, пытается вызвать к себе сочувствие, временами говорит как маленький ребенок, нараспев, картавит, использует уменьшительно-ласкательные слова. Попросила разрешения посмотреть игрушку из кабинета психолога, воспользовавшись моментом спрятала ее в карман, вернуть отказалась, сказав, что ничего не брала.

1. Какие нарушения выступают на первый план? 2. Обозначьте роль анамнестических сведений о П. 3. Какое значение имеют семейные факторы в формировании личностных особенностей девочки? 4. Составьте рекомендации для родителей П. 5. Оцените прогноз поведенческих реакций в случае игнорирования рекомендаций психолога.

*Эталон решения*

На первый план выступают проявления личностно-аномального симптомокомплекса. Результаты наблюдения за девочкой во время исследования, анамнестические сведения подтверждают наличие эгоцентризма, демонстративных черт характера, лживости и соответствующих им поведенческих реакций. Демонстративность была свойственна П. с дошкольного возраста и проявлялась в следующем: любила быть в центре внимания; играла в театр – собирала родителей и соседей и танцевала или пела перед ними; негативно реагировала, когда при ней хвалили другого ребенка; была нарочито послушна при посторонних (со слов мамы, играла роль самого примерного ребенка). На данный момент П. является лидером в классе, создает провокационные ситуации (в которых дети ругаются, выясняют отношения), доходящие до драки; издевается над младшими детьми. Во время консультации была нарочито слезлива, пыталась оправдаться и вызвать к себе сочувствие, временами говорила как маленький ребенок, нараспев, картавила, использовала уменьшительно-ласкательные слова. 2. Анамнестические сведения – характеристика учителей, одноклассников, мамы (о сложностях взаимоотношения со сверстниками) являются диагностически важными для составления полной картины личности П. С учетом возраста, ограниченных возможностей обследовать девочку с помощью личностных опросников (есть вероятность получить недостоверные результаты), первостепенную роль в изучении личности здесь играют данные анамнеза. 3. Условия воспитания – недостаточное внимание со стороны матери и противоположное стремление отца компенсировать его по отношению к дочери приводят к формированию эгоцентризма, демонстративных черт в характере П. Баловство, вседозволенность, отсутствие ограничений во всем, ответственности за свои поступки способствует развитию хитрости, лживости в отношениях с окружающими. 4. В числе первых рекомендаций для родителей девочки следует провести несколько образовательных занятий, содержанием которых является разъяснение перспективы развития уже сформированных черт характера. Необходимо объяснить целесообразность изменения стиля воспитания, используя техники рациональной психотерапии. 5. В случаях игнорирования советов и рекомендаций психолога приведенные условия воспитания в семье П. будут способствовать формированию расстройства личности – истерической психопатии. Склонность к лживости, воровству в перспективе могут стать проявлениями асоциального поведения, формированию криминальных наклонностей.

*Задание 19.*

М., 8 лет. Наследственность отягощена: бабушка по линии матери наблюдалась у психиатра. М. родился раньше положенного срока. В родах имела место асфиксия. Раннее развитие: совершал стереотипные движения головой, сменяющиеся адинамией; до 2-х лет наблюдались приступы ночных страхов с криком, беспокойство не было связано с дискомфортом. С 2-х лет появились нарушения поведения: «любил толкнуть, дернуть за ноги». Был капризным, проявлял активный негативизм, вел себя беспокойно. В то же время М. отличался любознательностью, в 5 лет 8 мес. научился самостоятельно читать. Любил книги, газеты. С 5 лет придумывает небылицы. Однажды заявил, что может перелететь через забор, так как «за спиной растут крылья». Отказывался спать на спине, объясняя тем, что «крылья помнутся». С 8 лет недисциплинирован, упрям, груб, возбудим, в раздражении кричит, ругается, бросает все, что попадается под руку. Мучает животных на улице. Неусидчив. Моторно неловок, плохо пишет. С трудом приспосабливался к требованиям школьной дисциплины, из-за чего был исключен из школы. Интереса к исследованию не проявляет, отсутствует эмоциональный отклик на успех-неудачу. Чрезмерно говорлив, много фантазирует, с легкостью может выразить свои мысли, производит впечатление ребенка старшего возраста. В методике «Запоминание 10 слов» кривая имеет следующий вид: 8- 9-10, отсроченное воспроизведение через 30 минут – 10 слов. При выполнении методики «Классификация» объединяет предметы по следующим признакам: кастрюля, чашка, слива, яблоко – «круглые»; стакан, бутылка и чернильница – «стеклянные». В методике «Сравнение понятий» объясняет различия следующим образом: «доска непрозрачная, стекло прозрачное»; «солнце греет и печка греет». Метафору «каменное сердце» объясняет так: «Когда обижают, видят и заступаются, а он видел и не заступился, значит у него каменное сердце». В эксперименте на обобщение (словесный вариант) правильно подбирал необходимые термины, например, «час», «минута» и др. – время; «три», «тысяча», «1/4», «сто» – числа; «стук», «треск», «гром», «грохот» – звуки. В методике «Рисунок несуществующего животного» изобразил «механозавра»: в тело животного вмонтированы электрические лампочки, тракторные гусеницы, гаечные ключи.

1. Перечислите первые симптомы заболевания. 2. Обозначьте тип дизонтогенеза по В.В. Лебединскому в данной задаче. 3. Расскажите классификацию типов онтогенеза по В.В. Лебединскому. 4. О каком заболевании идет речь? Обоснуйте свой ответ, опираясь на результаты экспериментально-психологического исследования. 5. Оцените прогноз дальнейшего развития заболевания.

*Эталон решения*

1. Наблюдались приступы ночных страхов, стереотипные движения головой, сменяющиеся адинамией, беспричинная тревога, беспокойство, агрессивность, проявление активного негативизма и др. 2. Тип дизонтогенеза по В.В. Лебединскому – искаженное развитие. При искаженном развитии наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. 3. Классификация типов дизонтогенеза по В.В. Лебединскому: недоразвитие; задержанное развитие; поврежденное развитие; дефицитарное развитие; искаженное развитие; дисгармоничное развитие. 4. В данном случае речь идет о ранней детской шизофрении. Шизофрения – хроническое психическое заболевание, возникающее преимущественно на основе наследственного предрасположения и характеризующееся сочетанием специфических изменений личности в виде аутизма, эмоционального уплощения, снижения активности, утраты единства (расщепление) психических процессов с разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (В.В. Ковалев). В ходе исследования на первый план выступают нарушения в эмоционально-личностной сфере (оскудение эмоциональных реакций). Отмечаются нарушения операциональной стороны мышления в форме искажения процессов обобщения и отвлечения. Наличие в рисунке механизированных деталей свидетельствует о выраженной шизоидности. 5. Прогноз развития заболевания неблагоприятный, так как шизофрения манифестировала в детском возрасте в период становления психических функций.

*Задание 20.*

Г., 12 лет. Проживает с матерью, отцом, младшими братьями и сестрой. Родители жалуются, что сын стал злым, непослушным, постоянно со всеми ругается, «одним словом – очень проблемный ребенок». Из анамнеза жизни: родился и до настоящего момента проживает в городе Курске. В 7 лет пошел в школу. Г. говорит, что не любит ничего делать, единственное, что ему нравится, это когда «его никто не трогает». Успеваемость неровная. Большинство оценок «удовлетворительно». Учителя считают, что он может учиться лучше. Беременность и роды матери протекали без осложнений. Г. соматически благополучен. Из беседы с родителями стало известно, что дома мальчик ссорится с матерью, затевает драки с братьями и сестрой, без спроса берет деньги. Родители Г. прибегали к физическим наказаниям – били ремнем, закрывали его в квартире на несколько дней, запрещали выходить из дома. Когда они пытались ограничить его агрессию, применяли воспитательные меры, он угрожал отцу и матери тем, что устроит пожар дома. Несколько раз Г. поджигал ковер, одеяло, мусор у себя в комнате. В школе он часто обманывает учителя, из-за чего возникал ряд сложных ситуаций, однажды сообщил, что умер отец. При его разоблачении, затевает драки со сверстниками, отрицает свое неправильное поведение. Г. был задержан полицией в связи с тем, что разбивал стекла в припаркованных в соседних дворах машинах, наносил царапины на кузове, спускал колеса. После попытки Г. задушить своего младшего брата подушкой родители госпитализировали сына в детское отделение психиатрической больницы, считали, что «он стал совсем неуправляемым». Стало известно, что отец Г. работает вахтовым методом по найму, много времени проводит дома – пьет пиво, смотрит телевизор. Мать мальчика большую часть дня проводит на работе, когда она возвращается домой, у них с мужем порой возникают скандалы и драки. Последние два года мать в подавленном настроении, полгода назад у нее была попытка суицида (находилась на лечении в токсикологическом отделении). Во время психологического исследования Г. постоянно грубил психологу, отказывался выполнять методики, несколько раз угрожал. Сидел на стуле, повернувшись к экспериментатору спиной. Внешний вид мальчика неопрятный. Одежда преимущественно черного цвета, кофта одета с капюшоном, который он не снимает в помещении, обут в огромные кроссовки, «как у скинхедов», сменной обуви нет. При расспросе было выявлено, что у испытуемого дефицит когнитивных и вербальных навыков. Из-за негативного отношения к исследованию не удалось провести методики на изучение внимания, памяти, мышления.

1. Какие расстройства выступают на первый план? 2. Укажите причины наблюдающихся нарушений в случае с Г. 3. Охарактеризуйте состояние интеллектуально-мнестических функций. 4. Определите тактику психологической коррекции. 5. Какие рекомендации необходимо дать классному руководителю?

*Эталон решения*

1. У Г. на первый план выступают расстройства поведения: агрессия по отношению к близким, хулиганские поступки, угрозы окружающим, инициация драк, жестокое отношение к людям, пренебрежение социальными нормами и правилами. 2. Причинами нарушений поведения в данной ситуации могут быть ряд факторов. В условии задачи представлены сведения о неблагополучной атмосфере в семье: неправильные условия воспитания детей, отсутствие внимания по отношению к ним со стороны отца в связи с длительными периодами отсутствия дома, физические наказания, способствующие формированию агрессии в характере Г. и в отношениях между детьми в семье, подавленное состояние матери и др. Указание на суицидальные попытки матери могут свидетельствовать о наследственной отягощенности психическим заболеванием. 3. Экспериментально-психологическое исследование когнитивных процессов провести не удалось из-за негативного отношения к исследованию, отказных реакций. Выводы о состоянии интеллектуально-мнестических функций можно сделать, используя информацию от учителей об успеваемости Г. Отсутствие признаков необучаемости, неусвоения учебного материала свидетельствует о соответствии интеллектуальных способностей возрасту. 4. В данной ситуации коррекция необходима с участием клинического психолога, учителя, социального педагога, родителей. Необходимо разграничить задачи для указных участников воспитательного процесса. Для родителей Г. следует проводить тренинг родительской компетентности: обучать их справляться с трудными ситуациями, принимать конструктивные меры разрешения проблем, изменить выбранный ими стереотип воспитания, помочь им осознать прогноз становления личности их сына, исключить меры физического наказания детей. В связи с приводами в полицию, необходимо подключить к занятиям с Г. социального педагога. 5. Классный руководитель должен больше внимания уделять Г.: поощрять его даже незначительные достижения, акцентировать внимание одноклассников на его успехах, предоставлять ему ответственную работу и подчеркивать моменты ее выполнения, положительные качества его характера; включать его в совместную деятельность с одноклассниками, это будет способствовать формированию дружеских отношений и доверия к нему.

*Задание 21.*

К., 6 лет. Проживает с матерью, отцом, младшей сестрой и бабушкой. Родители предъявляют жалобы на то, что их дочь плохо говорит и не может выполнять задания, которые ей задают на подготовительных занятиях. Из анамнеза жизни: родилась в 2008 году в Саратове, в 2010 году семья переехала в Курск, так как отца перевели на новое место работы. Бабушка живет с ними с 2011 года. Она помогает матери воспитывать детей. Из анамнеза заболевания известно, что во время беременности мать заболела гриппом, лечилась антибиотиками в условиях стационара. Роды протекали без осложнений. К. состоит на учете у невролога. Со слов родителей, она часто «плохо себя ведет», на подготовительных занятиях ничего не усваивает – не знает отдельные буквы, цифры; любит играть с другими детьми. Во время психологического обследования девочка часто отвлекалась, инструкции усваивала частично. Задания выполняла с затруднениями, результатом не интересовалась. Ошибки не исправляла, в дальнейшем их не учитывала, допускала аналогичные. Внешний вид ребенка не опрятный. Эмоции невыразительные. Сенсомоторных нарушений не выявлено. Объем восприятия у ребенка снижен. Наблюдается неустойчивость внимания, снижена его концентрация. При исследовании памяти нарушений не установлено. Кривая запоминания 10 слов: 7-9-10-9-9, отсроченное воспроизведение – 9 слов. Механическая зрительная память развита достаточно. Составить рассказ из 3-х сюжетных картинок не смогла, перечисляла детали рисунков. Введение опосредования затрудняло запоминание. Речевое развитие девочки не соответствует возрасту, она может подробно пересказать лишь небольшой рассказ. Наблюдается нарушение экспрессивной речи. При исследовании мышления выявлено преобладание конкретности, ограниченный словарный запас.

1. Какие нарушения выявлены у К.? 2. Обозначьте ведущий патопсихологический симптомокомплекс. 3. Проведите дифференциальную диагностику олигофрении, задержки психического развития и педагогической запущенности. 4. В каких направлениях следует проводить коррекцию? 5. Какие результаты можно ожидать у К.? 6. Какие специалисты так же должны быть привлечены к лечению ребенка?

*Эталон решения*

1. У ребенка наблюдаются нарушения внимания, мышления, опосредованного запоминания, эмоционально-волевой сферы, речи. Отсутствует познавательная активность, признаки сниженной обучаемости. 2. Ведущий патопсихологический симптомокомплекс – олигофренический. 3. Для задержки психического развития характерна не тотальность, а мозаичность нарушений мозговых функций, то есть недостаточность одних функций при сохранности других, несоответствие потенциальных познавательных способностей и реальных школьных достижений. Важным диагностическим признаком для отграничения от олигофрении является: возможность принимать и использовать помощь, усваивать принцип решения заданной интеллектуальной операции и переносить его на аналогичные задания. Признаками педагогической запущенности, имеющими большое значение для ее диагностики, являются неадекватная самооценка ребенка и уровня его притязаний, трудности в учебной деятельности, плохая успеваемость, связанные с отсутствием гармонии в развитии социально-педагогического генеза, неадекватное поведение в социуме. 4. Психологическая коррекция должна быть направлена на оптимизацию адаптации в социуме, К. следует обучить навыкам самообслуживания, коммуникативным навыкам. Так как речь идет о подготовке к школе, необходимо наблюдать К. у клинического психолога с целью определения готовности к школе и прогноза обучаемости. 5. В результате проведения психокоррекционных мероприятий возможно достижение положительных изменений в поведенческой сфере, улучшение адаптационных ресурсов в учебной среде. 6. Необходимо подключить к работе логопеда и социального работника.

*Задание 22.*

И., 9 лет. Ученик 3 класса общеобразовательной школы, проживает с родителями и старшим братом. К школьному психологу рекомендовала обратиться учитель в связи с его низкой успеваемостью, невнимательностью на уроках, постоянными опозданиями. На консультации в сопровождении родителей, жалоб психологического характера не предъявляют, высказывают претензии в адрес учителей, которые «предвзято относятся к мальчику». Стало известно, что воспитанием И. занимается отец. Он считает приоритетными занятия боксом, «хорошими спортсменами школа должна гордиться», уделять время учебе «особенно не стоит». Мать редко интересуется успеваемостью сына, рекомендации учителя не воспринимает. Физическое развитие соответствует норме. Внешний вид опрятный. Обращает внимание птоз левого века, ассиметрия глазных щелей. Нарушений крупной моторики нет, мелкие движения не всегда точные. Интеллектуально-мнестическая сфера. Со стороны внимания выявлено значительное снижение концентрации, неустойчивость, низкая переключаемость. Во время обследования И. отвлекался на посторонние раздражители, несущественные детали обстановки. Мнестические функции значительно ослаблены, из 10 предъявленных односложных слов воспроизвел 4. Опосредованное (методика «Пиктограммы») запоминание осложнялось необходимостью изображать несложные понятия ситуативного содержания. Речь внятная, нарушений артикуляции нет. Воображение развито слабо, составить рассказ по картинке не может, ограничивается перечислением узнаваемых предметов. Словарный запас ограничен, не может развернуто формулировать фразы, делать логические выводы. Мышление конкретное. Переносный смысл пословиц не знает, основную мысль сказок, коротких рассказов передать не может, самостоятельно не пересказывает. В пробе на сравнение пар понятий затрудняется пояснить разницу, «ворона – это птица, самолет – это самолет», не понимает смысл инструкции. Эмоциональное состояние. Дурашлив, временами без повода смеется. Отношения в семье описывает следующим образом: папа «сильный», маму описать по характеру не может, «брат сильный», самостоятельно подбирать слова затрудняется. В ситуации обследования И. неусидчив, долго сидеть на одном месте не мог, постоянно отвлекался. Инструкции к заданиям понимал после демонстрации образца, не удерживал, ошибок не корригировал, подсказки экспериментатора не использовал в дальнейшей работе. В общении с одноклассниками особой привязанности ни к кому не испытывает, друзей назвать не может, вспоминает несколько имен сверстников. Самостоятельно о себе не рассказывает, в большинстве дает короткие односложные ответы.

1. Составьте заключение о состоянии интеллектуально-мнестических функций обследуемого. 2. Обозначьте этапы индивидуальной программы школьного психолога для дальнейшей работы с И. 3. Предложите рекомендации, необходимые для педагога, родителей мальчика. 4. Какие анамнестические сведения необходимы для клинического психолога? 5. Назовите причины низкой успеваемости детей младшего школьного возраста.

*Эталон решения*

1. Интеллектуально-мнестические функции снижены: концентрация внимания снижена, переключаемость недостаточная; механическая и логическая память нарушены. Словарный запас ограничен, воображение развито слабо, мышление конкретное. 2.Этапы работы с психологом: социальная адаптация ребенка, обучение определенным паттернам поведения в различных ситуациях, работа с мотивацией. 3. Рекомендации для педагога: на уроках ребенка следует сажать за первые парты, больше спрашивать по учебному материалу, воздерживаться от оценок, проанализировать и сравнить успеваемость И. по разным предметам, обсудить ее с другими учителями. Родителям необходимо проконсультировать ребенка у участкового педиатра, невролога, обследовать с целью поиска причины неуспеваемости; заниматься с ребенком – выполнять вместе с ним домашние задания, рассказывать учителю о возникающих сложностях в понимании пройденного материала, посоветоваться с невропатологом о целесообразности занятиями боксом. 4. Клиническому психологу следует ознакомиться с медицинской документацией, результатами имеющихся обследований И., если таковые были. В приведенном случае важны заключение невролога (ассиметрия лица, птоз века), данные МРТ, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии для подтверждения или отсутствия резидуальной органической патологии. 5. Причинами низкой успеваемости младших школьников являются: задержка психического развития, олигофрения, резидуальная органическая патология головного мозга. К социально-психологическим факторам, способствующим низкой успеваемости, можно отнести неправильный режим дня, нерациональное распределение нагрузок и отдыха, несформированность механизмов преодоления стресса, учебные перегрузки, авторитарная педагогика, личностные особенности ребенка (тревожность, робость, конформность и др.)

*Задание 23.*

К школьному психологу обратилась мама Н., 9 лет, ученицы 3 класса общеобразовательной школы. Поводом для беспокойства стали частые обмороки девочки, плаксивость, повышенная утомляемость. При расспросе Н. самостоятельно жалоб не предъявляла. Из анамнеза известно, что воспитанием Н. занимается бабушка. Родители заняты «бизнесом», забирают ее домой только «переночевать», часто уезжают на несколько дней, успеваемостью не интересуются, считают более важным создать материальное благополучие для своего ребенка. Мама, присутствовавшая на торжественных линейках, посвященных началу учебного года, другим торжественным датам, каждый раз была удивлена состоянием дочери – «почему её опять тошнит?», «сейчас опять в обморок упадет». Со слов учителя, на занятиях неоднократно «застывала», не могла не только ответить по теме урока, но и назвать свое имя, фамилию, была дезориентирована, не понимала происходящего. Физические данные Н. (по результатам медицинского осмотра врачебной комиссией) не соответствуют норме – бледность кожных покровов, акроцианоз, сколиоз, плоскостопие; в рекомендациях консультации невролога, ортопеда, хирурга, эндокринолога. Учитель физкультуры неоднократно замечал, что на уроках девочка не выполняет минимального объема нагрузок, быстро устает, капризничает, предпочитает участвовать только в командных играх, при этом не соблюдает правила, нарушает дисциплину – может без разрешения залезть на шведскую стенку, убежать со стадиона. Интеллектуально-мнестическая сфера: зрительное восприятие нарушено – не узнает заштрихованные фигуры, силуэтные изображения и др.; нарушений слуха нет. Во время обследования девочка была малоподвижной, инициативы не проявляла, интереса по ходу выполнения заданий не появлялось. Выполнение задания на примере облегчало работу, использовала подсказки экспериментатора в дальнейшем, но перенести логику решения на аналогичное задание не могла. Выражение лица гипомимичное, взгляд неосмысленный, рот приоткрыт, инструкции не понимала, хотя могла их повторить. Внимание с признаками повышенной истощаемости, концентрация неустойчивая. Механическая память на нижней границе нормы, запомнила 8 из 10 предъявленных слов. В методике «Пиктограммы» легче опосредовала конкретно-ситуационные понятия, рисунки выполняла старательно, темп выполнения заданий был несколько снижен. Переносный смысл пословиц передавала конкретно. Сказки, притчи истолковывала буквально, пересказывала близко к тексту, но скрытый подтекст не понимала. Рассказ по картинкам составляла путем перечисления предметов, второстепенных деталей, логических выводов и причинно-следственных связей установить самостоятельно не могла. Словарный запас не достаточный. Быстро устала, несколько раз отмечались слезливость, капризность, терла глаза кулаками, зевала, укладывала голову на стол. Эмоциональное состояние подавленное, выражение лица печальное, временами несколько раз приходилось повторять вопросы, чтобы вызвать Н. на контакт. Рассказать о взаимоотношениях в семье не может, большинство ответов «не знаю», ограничивается перечислением бытовых нужд: «Бабушка Надя варит борщ», «Мама ездит в магазин», «Папа купил планшет». В общении со сверстниками достаточно активна, любит подвижные игры. В свободное время на переменах играет в «догонялки», к урокам заранее не готовится, без напоминания учителя не достает необходимые принадлежности. Успеваемость удовлетворительная, предпочитает списывать задания у соседей по парте, хотя способна самостоятельно справиться в их отсутствии.

1. Составьте заключение по результатам обследования Н. 2. Консультации каких специалистов ей необходимы? 3. Сопоставьте результаты данного обследования с рекомендацией медицинской комиссии. 4. Предположите причины наблюдающихся симптомов у Н. 5. Составьте программу психологической коррекции в описанной ситуации.

*Эталон решения*

1. В приведенном случае можно сделать вывод о наличии у Н. органического патопсихологического симптомокомплекса (нарушение зрительного восприятия, конкретное мышление, примитивность суждений, эмоционльная лабильность, повышенная истощаемость). 2. Приоритетным направлением для Н. является неврологическое обследование. 3. Рекомендации специалистов медицинской комиссии о необходимости консультаций таких специалистов как невролог, эндокринолог, ортопед, хирург свидетельствуют о наличии объективных нарушений развития девочки. Обнаруженные в ходе медицинского осмотра данные полностью согласуются с анамнестическими сведениями (бледность кожных покровов, акроцианоз, потеря сознания, проявления астении) и характеристикой педагогов (низкая успеваемость, невыполнение физических нагрузок, поведенческие отклонения). Результаты патопсихологического исследования логично подтверждают наличие органической патологии головного мозга. 4. Причиной наблюдающихся симптомов у Н. может быть органическое поражение головного мозга. Важными факторами, способствующими низкой успеваемости, нарушению адаптации в школе являются непонимание родителями серьезности проявлений неврологического заболевания у Н., легкомысленное отношение к рекомендациям специалистов медицинской комиссии, советам учителя, попустительское отношение к воспитанию ребенка. 5. После консультации невролога и выполнения всех его рекомендаций психологу необходимо организовать комплексную программу индивидуальной работы с участием мамы Н. и учителя. Первоначально необходимо сформировать режим дня, рационально дозировать учебные, физические нагрузки для девочки; проводить разъяснительную работу с мамой и бабушкой, направленную на определение зоны ближайшего развития девочки. Целесообразно включить в тематику консультаций элементы психообразования, вторичной психопрофилактики. Опираясь на зону ближайшего развития Н., коррекционную работу следует направить на оптимизацию ее социальной адаптации.

*Задание 24.*

На приеме у психолога в сопровождении мамы А., 8 лет, ученица 2-го класса гимназии. Причиной обращения стали поведенческие реакции девочки – капризность, повышенная требовательность, за хорошую учебу А. привыкла получать дорогие подарки от родителей, при невыполнении очередных просьб стала «устраивать истерики». Во время консультации была эмоционально оживлена, охотно рассказывала об учебе, взаимоотношениях с одноклассниками, своей семье. К исследованию отнеслась с интересом, который быстро пропал, появлялись отказные реакции «не хочу больше», «надоело», «давайте дальше». Из анамнеза известно, что А. единственная дочь во втором браке отца. Воспитывается в атмосфере вседозволенности, родители часто балуют девочку, за незначительные достижения покупают дорогие вещи, игрушки и др. Успеваемость хорошая, А. «нравится быть отличницей», «хочется, чтобы фотография всегда была на доске почета». Дополнительно на протяжении 3 лет занимается в студии эстрадного танца «Тодес». Соматически благополучна. Физическое развитие соответствует возрастной норме. Внешний вид опрятный, А. аккуратно причесана, кроме декоративных бантов, волосы убраны несколькими зажимами с крупными цветными стразами. Девочка носит ювелирные украшения в ушах, золотой крест на цепочке внушительных размеров, браслет из цветных бусин, ногти накрашены ярким лаком. Отвлекается на звуки телефона, постоянно перекладывает его в портфеле. Интеллектуально-мнестическая сфера. Нарушений восприятия нет. Внимание достаточной концентрации, коэффициент переключаемости в норме. Пробы на математические задания выполняет с легкостью. Мнестические функции в норме: воспроизвела 10 слов после 2-го предъявления, опосредованное запоминание 90%. В методике «Пиктограммы» с удовольствием использовала цветные карандаши, иногда увлекалась рисунком. Речь развита достаточно, самостоятельно формулирует логические выводы, составляет рассказы по картинкам, понимает причинно-следственные связи. Воображение развито хорошо, с легкостью фантазирует, изобразила не только «несуществующих животных» – семью крылатых единорогов, но и страну «вообразилию» с вымышленными персонажами, правилами в ней и картой местности. Переносный смысл пословиц, сказок, небольших рассказов понимает правильно. Мышление логичное, адекватное, последовательное. Эмоционально-личностная сфера. О взаимоотношениях в семье А. рассказывает с восхищением, описывает своих родителей очень добрыми, потому что «покупают мне все что хочу». Бабушку считает строгой, не очень доброй, так как она не дает мне «стоять на голове». Себя считает самой умной, красивой, «у нас самая крутая машина». Соглашается с тем, что она обидчивая, временами «плакса», потому что родители не разрешили заграничную поездку с танцевальным коллективом на соревнования международного уровня.

1. Составьте заключение о состоянии когнитивных процессов у А. 2. Опишите её личностные особенности. 3. Какие рекомендации следует дать родителям А.? 4. Какие стили воспитания существуют? 5.Обоснуйте необходимость психокоррекционных мероприятий для А.

*Эталон решения*

1. Со стороны когнитивных процессов нарушений нет: внимание достаточной концентрации, память в норме, мышление у ребенка логичное, адекватное, последовательное, воображение развито хорошо. 2. Личность с чертами демонстративности, эгоцентризма. Внешними проявлениями указаных черт характера являются капризность, требовательность, искаженная система ценностей, потребительское отношение к близким, поведенческие реакции направлены на привлечение внимания к себе. 3. С родителями А. следует провести ряд образовательных бесед, содержащих информацию о патологических стилях воспитания детей и их последствиях, необходимо объяснить перспективу формирования у дочери патологии характера – расстройства личности, в данном случае истероидной психопатии. Девочку нужно поощрять за существенные достижения, не следует потакать ее капризам. Целесообразно установить определенные правила для того, чтобы ребенок соблюдал границы. Все запреты ребенку нужно объяснять и находить альтернативные варианты замещения ее желаний. 4. В.Я. Гиндикин и В.А. Гурьева описали связь между типами неправильного воспитания и формированием тех или иных патологических черт характера. 1. «Кумир семьи». Воспитание строится на восхвалении ребенка, культивировании в нем чувства исключительности, освобождении его от забот, выполнении любой его прихоти, снятии ответственности за поступки. Такой тип воспитания чаще способствует становлению истерических черт характера (эгоцентризма, капризности, обидчивости). 2.Гиперопека проявляется в чрезмерном внимании и контроле со стороны взрослых, навязывании своего мнения по любому вопросу, диктовании каждого шага, ограждении от опасностей, культивировании осторожности. В результате такого воспитания часто формируются тормозимые психостенические (неуверенность, склонность к сомнениям) или астеничекие (робость, сензитивность) черты. 3.Гипоопека, здесь отсутствует целенаправленность в воспитании, характерно недостаточное внимание к ребенку со стороны родителей. Крайняя степень гипоопеки – безнадзорность. 4. Безнадзорность. Гипоопека и безнадзорность выявляют и заостряют качества темперамента. Спектр характерологических черт, формирующихся при этих типах воспитания, весьма широк: от возбудимых (взрывчатость, конфликтность, агрессивность) до тормозимых и неустойчивых (безволие, внушаемость). 5. «Золушка». При таком воспитании ребенок лишен ласки и внимания со стороны взрослых, его постоянно третируют, унижают, противопоставляют другим детям. В этих условиях формируются астенические черты. 6. «Ежовые рукавицы». Систематическое избиение ребенка, диктаторское отношение к нему, отсутствие теплоты, сочувствия, поощрения характерны для этого типа воспитания. Формирование черт характера здесь в большой степени зависит от темперамента. Возможны полярные варианты: становление возбудимых или тормозимых качеств. 5. А. необходима психологическая коррекция, так как ее воспитание по типу кумира семьи приведет к формированию патологии характера. При таком воспитании дети растут своевольными, упрямыми, не признающими запретов, не задумывающимися о материальных и иных возможностях родителей. Эгоизм, безответственность, жажда получения сиюминутного удовольствия, потребительское отношение к окружающим – последствия такого воспитания. Во взрослом возрасте таким людям крайне сложно адаптироваться в социуме.

*Задание 25.*

На приеме у психолога в сопровождении бабушки С., 7 лет, ученица первого класса общеобразовательной школы. Не сдерживая слез, бабушка жалуется на поведение С., с которой не справляется никто. Родители девочки в разводе, работа мамы связана с частыми, длительными командировками. Во время консультации С. неусидчива, чрезмерно активна, нетерпелива, не чувствует дистанцию со взрослыми, открыто выражает свое недовольство. Временами она была крайне агрессивна по отношению к бабушке, раздражаясь, могла ударить ее. Инструкции понимала с первого раза, длительно не удерживала. Задания выполняла без интереса, проявляла негативизм и отказные реакции. Физическое развитие соответствует возрастной норме. Крупная и мелкая моторика развиты достаточно. Интеллектуально-мнестическая сфера. Нарушений восприятия нет. Внимание низкой концентрации, мотивационный компонент отсутствует. Механическая память достаточная, опосредование затрудняет логическое запоминание. Методику «Пиктограммы» отказалась выполнить до конца, хотя с легкостью опосредовала ситуационные понятия. Самостоятельная речь развита достаточно. Логично составляет рассказ по картинкам, понимает сюжет, причинно-следственные связи. Сравнение пар понятий осуществляет на основании не только внешних, ситуационных, но и категориальных, родовых признаков. Большинство методик отказывалась выполнять до конца, была нетерпелива. Эмоциональное состояние крайне неустойчивое. Открыто радуется похвале, резко раздражается при указании на ошибки, не учитывает их. Часто демонстрирует нарочитое непонимание, провоцирует экспериментатора. При расспросе об отношениях к близким сообщает, что бабушку любит, иногда жалеет, но не признает, что она бывает с ней грубой. Когда рассказывает о маме, опускает глаза, становится плаксивой, жалуется бабушке на усталость, просит забрать ее домой.

1. Какие дополнительные обследования необходимо провести С.? 2. Обозначьте рекомендации для бабушки С., ее мамы и педагога. 3. Опишите выявленные в ходе консультирования нарушения. 4. Проведите дифференциальную диагностику патопсихологических синдромов.

*Эталон решения*

1. С. необходимо проконсультировать у педиатра, невролога, эндокринолога. Психологу предстоит исследовать причину агрессивного поведения С., следует изучить особенности ее отношения с мамой. Патологические варианты детско-родительских отношений могут быть в данном случае причиной закрепившихся стереотипов поведения С. 2. Родителям необходимо уделить внимание обстановке, в которой находится ребенок, отказаться от физических наказаний. Следует чаще быть в контакте с ребенком (обнимать его, успокаивать и т.д.). Девочку надо чаще хвалить, отмечая успехи. Целесообразно создать режим дня и строго его соблюдать. Педагогу необходимо чаще вовлекать девочку в учебный процесс, предлагать ей задания для развития ответственности, не давать категоричных оценок поведения. 3. В ходе консультирования были выявлены: нарушения внимания (внимание низкой концентрации, повышена истощаемость), снижение мотивации к обследованию, низкое опосредованное запоминание. Мышление у С. конкретное, но логичное, последовательное, самостоятельная речь развита достаточно. Отмечено неустойчивое эмоциональное состояние, доминирование возбудимых черт характера. 4. Исходя из имеющихся сведений, дифференциальную диагностику следует проводить между органическим патопсихологическим и личностно-аномальным симптомокомплексом. У С. на первый план выступают поведенческие расстройства (выраженные черты возбудимости, агрессивность, конфликтность, неусидчивость, нетерпеливость, импульсивность), следствием которых могут быть нарушения когнитивных процессов (невозможность концентрировать внимание при выполнении заданий, сложности в организации самостоятельной деятельности, отвлекаемость). Отсутствие сведений о наличии какой-либо мозговой дисфункции, сохранение познавательной активности, способности к обучению, при явных сложностях в воспитании бабушкой свидетельствуют в пользу диагностики отклонений в формировании личностных качеств. 5. С девочкой необходимо работать в направлении снижения уровня агрессивности, повышения ее самооценки, следует научить ее понимать свои эмоции и уметь их конструктивно выражать. С. целесообразно обучать поведенческим паттернам – адекватно реагировать на стрессовые ситуации и проводить тренинги коммуникативных навыков.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета.

**Образец варианта набора тестовых заданий**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра клинической психологии и психотерапии

направление подготовки (специальность): 37.05.01 Клиническая психология

дисциплина: Практикум по детской патопсихологии

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № 1**

1. Процесс формирования внутренних психических структур, обусловленный усвоением структур и символов внешней социальной деятельности, называется:

1. интерференция;
2. интериоризация;
3. интероцепция;
4. интроверсия.

2. Раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики:

1. задача патопсихолога;
2. задача психопатолога.

3. Констатация наличия в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфики их течения:

1. задача патопсихолога;
2. задача психопатолога.

4. Кто использует в своей работе клинико-описательный метод исследования:

1. психопатолог;
2. патопсихолог.

5. Что является «ядром» патопсихологического шизофренического синдрома по мнению И. А. Кудрявцева:

1. нарушение селективности информации;
2. снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности;
3. реактивная дезориентация умственной деятельности.

6. Какой из патопсихологических синдромов по мнению И. А.Кудрявцева является наиболее диагностически и нозологически информативным:

1. органический симптомокомплекс;
2. шизофренический симптомокомплекс;
3. психопатический симптомокомплекс.

7. В круге эндогенных психозов о каких патопсихологических регистр-синдромах можно говорить:

1. олигофренический регистр-синдром;
2. личностно-аномальный регистр-синдром;
3. шизофренический регистр-синдром;
4. аффективно-эндогенный регистр-синдром;

8. Каким регистр-синдромом может оперировать в своих заключениях патопсихолог:

1. шизофреническим;
2. олигофреническим;
3. аффективно-эндогенним;
4. экзогенно-органическим;
5. эндогенно-органическим;
6. личностно-аномальным;
7. психогенно-психотическим;
8. психогенно-невротический;
9. все выше перечисленное.

9. Метод, предназначенный для диагностики концентрации и переключаемости внимания:

1. пробы Бурдона;
2. корректурная проба;
3. кольца Ландольта;
4. методика Тулуз-Пьерона;
5. все выше перечисленное.

10. При каком варианте астении кривая истощаемости по методике «таблица Шульте» характеризуется высоким начальным уровнем, резким его спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям:

1. гиперстенический вариант астении;
2. гипостенический вариант астении.

11. Методика исследования опосредованного запоминания:

таблицы Шульте;

1. методика А. Н. Леонтьева;
2. «Перепутанные линии» (методика Рисса).

12. Из скольких субтестов состоит Шкала памяти Векслера:

1. из 5 субтестов;
2. из 7 субтестов;
3. из 10 субтестов.

13. Кто является автором методики «Установление последовательности событий»:

1. А. Р. Лурия (1962);
2. А. Н. Бернштейн (1911);
3. С. Я. Рубинштейн (1962).

14. Какие методики предназначены для исследования уровня и течения мыслительных процессов:

1. понимание рассказов;
2. понимание сюжетных картин;
3. кольца Ландольта.

15. Какие методы используются при исследовании потребностей, мотивов, ценностей и направленности личности:

1. метод «Незаконченные предложения»;
2. метод «Ценностные ориентации» (Рокич М.);
3. шкала оценки потребности в достижении;
4. методика «Смысложизненные ориентации» (Леонтьев Д. А.);
5. все выше перечисленное.

16. Методика, предназначенная для прогнозирования и оценивания такого свойства личности, как открытое агрессивное поведение:

1. матрицы Д. Равена;
2. тест «Рука» (Hand-test);
3. методика ТАТ.

17.Какая методика является родственной методике ТАТ исследования личности и предназначена для обследования детей от 3 до 10 лет:

1. тест Люшера;
2. 16-факторный опросник Р. Кеттелла;
3. САТ

18.Кто описал ряд методических приемов «объективно-психологического исследования душевнобольных», подчеркивая, что эти методы не только дополняют и углубляют клинические наблюдения, но и в значительной мере их объективизируют в противовес субъективному мнению психиатра, базирующемуся на индивидуальном опыте:

1. Н. И. Баженов;
2. В.М. Бехтерев;
3. Л. С. Выготский

19. Выделение патопсихологии как отдельной психологической дисциплины произошло:

1. в 30-40 годах ХХ века;
2. в начале ХХ века;
3. в конце ХIХ века.

20.Укажите, при каких заболеваниях наблюдаются нарушения памяти и интеллекта:

1. травмы головного мозга;
2. опухоли головного мозга;
3. сосудистые заболевания мозга;
4. все выше перечисленное.

21.Методика Б. В. Зейгарник «Соотношение пословиц, метафор и фраз» направлена на диагностику:

1. интеллекта;
2. памяти;
3. осведомленности;
4. мышления.

22. Какое из утверждений является определением патопсихологии:

а. раздел общей психологии, изучающий влияние ценностных

установок на совладание с болезнью;

б. психология переживания болезни;

в. раздел медицинской психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности в условиях болезни.

23. Какому заболеванию присуще выполнение метода «Пиктограмма» при патопсихологическом исследовании: «Они могут образовать любую связь безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что он не отражает реального содержания слова…» Б. В. Зейгарник

1. олигофрении;
2. эпилепсии;
3. шизофрения.

24. Что является предметом исследования патопсихологии:

1. психогенные заболевания;
2. структура нарушений психической деятельности;
3. этиология, патогенез психических заболеваний;
4. психодиагностические методы.

25. Одной из задач патопсихологического исследования является:

1. установление диагноза;
2. анализ структуры дефекта;
3. клиническая оценка состояния больного;
4. помощь в назначении лечения.

26. Патопсихологические исследования применяются:

1. в психоневрологических больницах и диспансерах;
2. в хирургической клинике, для оценки состояния больного после операции;
3. с целью экспертизы (психиатрической, трудовой, воинской, судебной);
4. в районных поликлиниках для определения групп риска;
5. в детских учреждениях для определения готовности к поступлению в школу.

27. Патопсихология является разделом:

1. частной психиатрии;
2. медицинской психологии;
3. психопатологии;
4. психодиагностики.

28. Нарушения целенаправленности мышления включают следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. аморфность;
2. вязкость;
3. резонерство;
4. соскальзывание;
5. витиеватость.

29. Синдром детского аутизма характеризуется:

1. отгороженностью или полным отсутствием потребности в контактах;
2. расстройством речи, нарушением сна;
3. склонностью к новизне и изменениям обстановки.

30. Расстройства координации (моторных навыков) проявляются (укажите неверный ответ):

1. невозможность удерживать предметы;
2. неуклюжесть;
3. искажение почерка;
4. неспособность выполнять физические упражнения.

31. Патопсихологическое исследование не включает в себя следующие компоненты:

1. эксперимент;
2. беседа;
3. наблюдение;
4. оформление медицинской карты больного.

32. Что допускается в ходе патопсихологического эксперимента:

1. изменение тактики эксперимента;
2. введение не предполагавшихся раньше методик;
3. проведение эксперимента по строго запланированной схеме.

33. Что из нижеперечисленного можно не учитывать в ходе патопсихологического эксперимента:

1. отношение обследуемого к ситуации исследования;
2. цели и мотивы деятельности испытуемого в процессе выполнения экспериментальных заданий;
3. время проведения эксперимента;
4. место проведения эксперимента.

34. Одним из основных принципов патопсихологического эксперимента является:

1. направленность на количественный анализ;
2. точная и объективная регистрация фактов;
3. субъективная оценка;
4. приблизительная оценка результатов.

35 .Вид продуктивной деятельности ребенка, предполагающий построение предметов, а также умение обследовать объект, разделить его на части, заменить одну деталь другой и представить будущий предмет в целом:

1. конструирование;
2. сюжетно-ролевая игра;
3. труд;
4. учебная деятельность.

36. При формулировке задач патопсихологического исследования не учитывается:

1. мнение врача;
2. особенности течения заболевания;
3. специфика терапевтических мероприятий;
4. согласие родственников.

37. Для чего необходимо сопоставление данных о психическом статусе больного из медицинских. сведений с тем, что наблюдается в процессе обследования:

1. для определения симулятивного поведения или аггравации со стороны обследуемого;
2. для того, чтобы не проводить большое количество методик;
3. для того чтобы следовать должностным инструкциям.

38. Оценка состояния больного на момент проведения исследования необходима для того чтобы:

1. убедиться в отсутствии каких-либо соматических заболеваний;
2. убедится в достаточно хорошем самочувствии больного;
3. из вежливости к больному, для установления контакта;
4. для поддержания разговора.

39. Проводить исследования нежелательно:

1. при чувстве голода;
2. после физического переутомления;
3. в утренние часы.

40. Что можно не учитывать при выполнении испытуемым патопсихологических методик:

1. понимание инструкции к методикам;
2. принимаемую в процессе выполнения методик помощь;
3. освещенность рабочего места;
4. температуру воздуха.

41. Что обязательно вносится в протокол исследования:

1. суждения испытуемого;
2. ФИО и возраст;
3. дату обследования;
4. домашний адрес и телефон;
5. диагноз.

42. Для написания патопсихологического заключения достаточно:

1. перечисление применяемых методик и полученные результаты;
2. перечисление применяемых методик и полученные результаты, описание поведения и эмоционального состояния больного в процессе исследования;
3. перечисление применяемых методик и полученные результаты, описание поведения, анализ данных, выделение ведущего патопсихологического синдрома;
4. выписки из медицинских сведений.

43. Направленность используемой методики может измениться:

1. при незначительном видоизменении инструкции;
2. при изменении тембра голоса экспериментатора;
3. при постороннем шуме;
4. при смене времени приема больного.

44. В выборе методик патопсихологического исследования не играют существенную роль:

1. цель исследования;
2. образование больного и его жизненный опыт;
3. особенности контакта с больным;
4. предпочтения и научные интересы экспериментатора.

45. В процессе исследования методики обычно применяют:

1. по выбору испытуемого;
2. по выбору экспериментатора;
3. по возрастающей сложности;
4. по убывающей сложности.

46. С помощью методики «Корректурная проба» (Тест Бурдона) выявляется:

1. концентрация внимания, устойчивость внимания, переключаемость внимания;
2. объем внимания;
3. объем памяти;
4. работоспособность.

47. Для проведения методики «Корректурная проба» требуется:

1. специальные приспособления и компьютер;
2. бланки;
3. карандаш и секундомер;
4. присутствие родственников.

48. Для исследования работоспособности — упражняемости и утомляемости используется методика:

1. корректурная проба (Тест Бурдона);
2. перепутанные линии;
3. счет по Крепелину;
4. тест Бентона.

49. С какой целью используются в патопсихологическом исследовании пробы на переключение:

1. для суждения о подвижности психических процессов;
2. для оценки уровня обобщения;
3. для исследования памяти;
4. для исследования мышления.

50. Что, кроме характеристик памяти, можно дополнительно определить с помощью проб на запоминание:

1. уровень притязаний;
2. особенности перцепции;
3. наличие сужения объема внимания;
4. самооценку.

51. Для исследования логического (опосредованного) запоминания применяется методика:

1. тест Бентона;
2. методика Леонтьева А.Н.;
3. методика Крепелина;
4. методика Шульте.

52. Методика «Складывание картинок из отрезков» предназначена для исследования:

1. темпа психомоторных реакций;
2. интеллектуального уровня;
3. критичности мышления;
4. уровня обобщения.

53. Если при выполнении методики «Складывание картинок из отрезков» испытуемый беспорядочно прикладывает один отрезок к другому (по методу проб и ошибок) это может свидетельствовать:

1. об интеллектуальной недостаточности;
2. о нарушении темпа мыслительной деятельности;
3. о снижении волевой регуляции;
4. о низком познавательном интересе.

54. Методика, где используется тексты с пропущенными словами, имеет название:

1. методика опосредованного запоминания Леонтьева;
2. методика Эббингауза;
3. методика Шульте;
4. методика Тулуз-Пьерона.

55. Затруднение понимания сюжетных картин обнаруживается:

1. при интеллектуальной недостаточности;
2. при очаговой органической патологии;
3. при депрессии.

56. Затруднения в установлении развития сюжета по серии рисунков свидетельствуют:

1. о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения;
2. о замедлении процессов мышления;
3. об ускоренности процессов мышления;
4. о низкой работоспособности.

57. Что ещё, кроме уровня процессов обобщения и отвлечения можно определить с помощью методики «Исключение»:

1. скорость психомоторных реакций;
2. способность испытуемого выделить существенные признаки предметов или явлений;
3. способность к пространственному анализу и синтезу;
4. уровень динамического внимания.

58. Методика «Образование аналогий» используется:

1. для исследования способностей устанавливать логические связи и отношения между понятиям;
2. для исследования уровня обобщения;
3. для способности к анализу и синтезу;
4. для способности к пространственному анализу.

59. Методика «Образование сложных аналогий» может применяться:

1. без учета образования испытуемого;
2. при обследовании лиц со средним и высшим образованием;
3. при обследовании дошкольников;
4. при обследовании младших школьников.

60. С помощью какой методики легко обнаруживается расплывчатость суждений, избыточная детализация, склонность к резонерству:

1. определение понятий;
2. исключение;
3. классификация;
4. выделение существенных признаков.

61.Сколько понятий используется в методике «Пиктограммы» Б.Г.Херсонского:

1. 12 понятий;
2. 16 понятий;
3. 18 понятий;
4. 10 понятий.

62. Детский вариант методики Векслера (WPPSI 4-6,5 лет) состоит из:

1. 12 субтестов;
2. 11 субтестов;
3. 10 субтестов;
4. 13 субтестов.

63. С помощью какого субтеста в тесте Векслера можно определить способности концентрации активного внимания и оперирования арифметическим материалом:

1. арифметический;
2. недостающие детали;
3. воспроизведение цифровых рядов.

64. В каком субтесте теста Векслера измеряет способность составления из отдельных фрагментов единого смыслового целого:

1. кубики Косса;
2. складывание фигур.

65. При каких значениях IQ по тесту Векслера можно говорить об умственной отсталости легкой степени:

1. 81-95;
2. 60-80;
3. 51-60;
4. 95-105.

66. При каких значениях IQ по тесту Векслера можно говорить о высокой норме интеллекта:

1. 100 и выше;
2. 110 и выше;
3. 120 и выше;
4. 90 и выше.

67. С помощью теста Д. Равена можно судить о способности:

1. к сформированности «пространственно-комбинаторных» мыслительных операций;
2. к устойчивому вниманию;
3. к абстрактному мышлению.

68. В какой серии теста Д. Равена использован принцип установления взаимосвязи в структуре матриц:

1. серия А;
2. серия В;
3. серия С;
4. серия D;
5. серия Е.

69. В какой серии теста Д.Равена использован принцип установления аналогии между парами фигур:

1. серия А;
2. серия В;
3. серия С;
4. серия D;
5. серия Е.

70. В какой серии теста Д.Равена использован принцип прогрессивных изменений в фигурах матриц:

1. серия А;
2. серия В;
3. серия С;
4. серия D;
5. серия Е.

71. В какой серии теста Д.Равена использован принцип перегруппировки фигур в матрице:

1. серия А;
2. серия В;
3. серия С;
4. серия D;
5. серия Е.

72.В какой серии теста Д.Равена использован принцип разложения фигур основного изображения на элементы:

1. серия А;
2. серия В;
3. серия С;
4. серия D;
5. серия Е.

73. Для а исследование факторов экстра-, интроверсии и нейротизма используется опросник:

1. ПДО (А.Е. Личко);
2. Г. Шмишека;
3. Г.Ю. Айзенка.

74. Предрасположение к неврозу (предиспозицию) поГ.Ю.Айзенку можно определить по шкале:

1. нейротизма;
2. экстраверсии;
3. шкале лжи.

75. По Г. Ю. Айзенку дистимические симптомы наблюдаются у:

1. экстравертов;
2. интровертов.

76. По Г.Ю. Айзенку истерические и психопатические симптомы наблюдаются у:

1. экстравертов;
2. интровертов.

77. Опросник MMPI рекомендовано использовать для обследования лиц в возрасте от 16 до 55 лет при интеллектуальном коэффициенте:

1. не ниже 80;
2. не ниже 100.

78. Адаптированным вариантом опросника MMPI является опросник:

1. ПДО (А.Е.Личко);
2. ТОБОЛ (А.Е.Личко,Н.Я. Иванов);
3. СМИЛ.

79. О надежности полученных результатов в опроснике СМИЛ говорит шкала:

1. F;
2. К;
3. L;
4. А.

80. Опросник Дж. Тейлор, разработанный на основе одной из шкал MMPI, позволяет исследовать:

1. уровень тревожности;
2. эмоциональную лабильность;
3. ригидность.

81. Опросник ПДО (А.Е. Личко) предназначен для исследования:

1. акцентуаций характера у подростков;
2. личностных особенностей взрослых;
3. акцентуаций характера у детей.

82. Какие типы акцентуаций, распространенных у подростков не выделил К.Леонгард:

1. неустойчивый и конформный;
2. конформный и эмотивный;
3. возбудимый и сенситивный.

83. Понятие диссоциативный синдром аналогично понятию:

1. органический синдром;
2. шизофренический синдром;
3. психопатический синдром;
4. олигофренический синдром.

84. Симптомокомплекс психогенной дезорганизации характерен для:

1. эндогенных депрессий;
2. системных неврозов;
3. реактивных психозов;
4. церебральных атеросклерозов.

85. Симптомы распада мыслительных процессов являются наиболее патогномичными для:

1. шизофренического симптомокомплекса;
2. органического симптомокомплекса;
3. психопатического симптомокомплекса;
4. олигофренического симптомокомплекса.

86. Диссоциации личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сфер мышления наиболее патогномично для:

1. олигофреническог осимптомокомплекса;
2. психопатического симптомокомплекса;
3. шизофренического симптомокомплекса;
4. органического симптомокомплекса.

87. Шизофренического синдрома «ядром» является:

1. нарушение селективности информации;
2. снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности;
3. аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний;
4. реактивная дезорганизация умственной деятельности.

88. Органического синдрома «ядром» является:

1. аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний;
2. реактивная дезорганизация умственной деятельности;
3. снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности;
4. нарушение селективности информации.

89. Психопатического синдрома «ядром» является:

1. снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности;
2. нарушение селективности информации;
3. аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний;
4. реактивная дезорганизация умственной деятельности.

90. Психогенного симптомокомплекса «ядром» является:

1. нарушение селективности информации;
2. снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности;
3. аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний;
4. реактивная дезорганизация умственной деятельности.

91. В какой форме проведение экспериментального исследования с ребенком-дошкольником наиболее эффективно?

1. игры;
2. опроса;
3. обучения;
4. тренировки.

92. Экзогенно-органическому регистр - синдрому в клинике могут соответствовать:

1. истинная эпилепсия;
2. БАР;
3. реактивные психозы;
4. последствия ЧМТ;

93. Эндогенно-органическому регистр - синдрому в клинике могут соответствовать:

1. истинная эпилепсия;
2. реактивные психозы;
3. первичные атрофические процессы в головном мозге.

94. Личностно-аномальному регистр - синдрому в клинике могут соответствовать:

1. истинная эпилепсия;
2. психопатии;
3. реактивные психозы;
4. последствия ЧМТ;
5. функциональные аффективные психозы позднего возраста.

95. Психогенно - психотическому регистр - синдрому в клинике могут соответствовать:

1. психопатии;
2. БАР;
3. реактивные психозы;
4. последствия ЧМТ;
5. функциональные аффективные психозы позднего возраста.

96. Психогенно-невротическому регистр - синдрому в клинике могут соответствовать:

1. неврозы и невротические реакции;
2. БАР;
3. реактивные психозы;
4. психопатии;
5. функциональные аффективные психозы позднего возраста.

97. Инструкции к экспериментально-психологическим методикам для дошкольников даются:

1. в форме приглашения к игре;
2. в форме строгого указания;
3. в письменной форме;
4. в упрощенном варианте.

98. У детей 3-6 лет обследование целесообразно начинать:

1. с методик, которые требуют словесных ответов;
2. с методик, которые не требуют словесных ответов;
3. с четкой инструкции;
4. без разницы с чего начинать.

99. Складывание досок Сегена дает информацию:

1. об уровне интеллекта;
2. об уровне наглядно-действенного мышления;
3. о моторике ребенка;
4. об уровне произвольного внимания.

100. При исследовании памяти с помощью запоминания «10 слов Лурия» здоровые дети при первом предъявлении воспроизводят:

1. 2-3 слова;
2. 4-5 слов;
3. 6-7 слов;
4. 8-9 слов.

101. Для исследования мышления у детей (6-8 лет) с помощью методики классификация применяется:

1. набор из 30 карточек;
2. набор из 20 карточек;
3. набор из 15 карточек.

102. Высказывание «обучение идет впереди развития, продвигая его дальше и вызывая в нем новообразования», — является основным положением теории:

1. П.Я. Гальперин;
2. Л.С. Выготский;
3. А.В. Запорожец.

103. Кто является автором высказывания«ребенок не развивается и воспитывается, а развивается, воспитываясь и обучаясь»

1. С.Л. Рубинштейн;
2. П.Я. Гальперин;
3. Л.С. Выготский.

104. Агрессивность, непослушание, лживость, склонность к воровству формируется при:

1. отвергающей позиции родителей;
2. гиперопекающей позиции родителей

105. Чрезмерная родительская опека без учета индивидуальных особенностей, интересов и склонностей самого ребенка:

1. авторитарный стиль воспитания;
2. гиперопекающей стиль воспитания;
3. непоследовательный стиль воспитания;
4. гипоопекающий стиль воспитания.

107. В шестилетнем возрасте ребенок активно использует количество слов:

1. 1000-1500;
2. 2500-3000;
3. 5000-5500.

108. Ребенок понимает действия и предметы на картинках. Выполняет просьбы, состоящие из двух действий. Понимает значения предлогов на, под. Задает вопросы «что это?», «где?»:

1. в 3 года;
2. в 2 года;
3. в 1 год.

109. В активном словаре ребенка насчитывается около 50 слов, в основном существительных и глаголов, используемых в бытовом общении. Фразы из 2-4 слов.  Появляется местоимение «я». Использует некоторые падежи, начинает говорить от первого лица. Пропускает слоги в середине слов для упрощения, неустойчивое произношение звуков (то правильно, то неправильно):

1. в 2 года;
2. в 3 года;
3. в 1 год.

110. Ведущая деятельность в раннем возрасте — это:

1. предметно-манипулятивная;
2. сюжетная игра;
3. учебная.

111. Адекватно использует названия цветов, местоимения «я», «ты», «мне». Понимает разницу между словами «большой» и «маленький», осваивает падежи, времена глаголов.

1. в 2 года;
2. в 3 года;
3. в 1,5 года.

112. Словарный запас ребенка значительно обогащен. Овладевает связной речью, способен  составить рассказ по картинке, пересказать текст в нужной временной и логической последовательности. Речь правильная, но возможны ошибки при построении сложных предложений. Произношение всех звуков правильное. Умеет изменять громкость голоса, интонации.

1. в 5лет;
2. в 3 года;
3. в 2 года.

113. Ведущая деятельность подросткового возраста — это:

1. предметно-манипулятивная;
2. сюжетная игра;
3. учебная;
4. интимно-личностное общение со сверстниками.

114. Ведущая деятельность ребенка дошкольного возраста — это:

1. предметно-манипулятивная;
2. сюжетная игра;
3. учебная;
4. интимно-личностное общение со сверстниками.

115. Действие сочетается с речью на этапе развития в возрасте:

1. 4- 5 лет;
2. 2-3 года;
3. 1-2 года.

116. Дети чаще всего не выполняют указаний родителей при:

1. авторитарном стиле воспитания;
2. гиперопекающемстиле воспитания;
3. непоследовательном стиле воспитания;
4. гипоопекающемстиле воспитания.

117. Диагностика готовности к школьному обучению не должна занимать количества минут более:

1. 20-30 мин.;
2. 60-70 мин.;
3. 45-60 мин.

118. Неуверенность в себе, чрезмерная впечатлительность формируется у ребенка при:

1. чрезмерной требовательности родителей к ребенку;
2. чрезмерной опеки родителями ребенка.

119. Наличный уровень интеллектуального развития, характеризующийся сложностью задач, которые ребенок может выполнить самостоятельно, называется:

1. зоной ближайшего развития;
2. уровнем актуального развития.

120. Термин Л.С. Выготского, который означает концептуальное пространство, которое ребёнок уже готов освоить с чьей то помощью, уровень развития, достигаемый ребенком в процессе его взаимодействия с взрослым:

1. уровнем актуального развития;
2. зоной ближайшего развития.

121. Исторический принцип в область детской психологии был впервые введен:

1. С.Л. Рубинштейн;
2. П.Я. Гальперин;
3. Л.С. Выготский

122. Кардинальное для отечественной психологии положение: «обучение идет впереди развития, продвигая его дальше и вызывая в нем новообразования» — принято:

1. детской и возрастной психологией;
2. когнитивной психологией.

123. Критерием конца кризиса новорожденности является возникновение:

1. комплекса оживления;
2. самостоятельного сидения.

124. Л.С. Выготский считал, что ведущей функцией познавательного развития в раннем возрасте является(-ются):

1. внимание;
2. мышление;
3. восприятие.

125. Ребенок совершает элементарные движения: собирает мелкие предметы, достает кубики из коробки, бросает игрушки, щелкает языком, стараясь привлечь внимание взрослого:

1. в 9-10 мес.;
2. в 6-7 мес.;
3. в 4-5 мес.

126. По теории З. Фрейда, стадия развития ребенка возраста от 3 до 5 лет называется:

1. анальной;
2. фаллической;
3. латентной.

127. По теории З. Фрейда, стадия развития ребенка возраста от 5 до 12 лет называется:

1. генитальной;
2. латентной;
3. анальной.

128. По теории Э. Эриксона, борьба против чувства стыда и сомнения в своих действиях за собственную независимость и самостоятельность является задачей периода:

1. дошкольного возраста;
2. раннего возраста;
3. подросткового возраста.

129. Авторами теории привязанности являются:

1. Дж. Боулби, М. Эйнсворт;
2. Ст. Холл;
3. З. Фрейд, К. Юнг.

130. Автором закона неравномерности детского развития, который гласит, что каждая сторона в психике ребенка имеет свой оптимальный период развития, является:

1. П.Я. Гальперин;
2. Л.С. Выготский;
3. С.Л.Рубинштейн.

131. Автором закона развития высших психических функций, суть которого состоит в том, что высшие психические функции возникают как форма коллективного поведения и лишь в последствии они становятся внутренними функциями самого ребенка, является:

1. П.Я.Гальперин;
2. Л.С.Выготский;
3. А.В.Запорожец.

132. Период новорожденности - это период:

1. в течение первых четырех недель после рождения;
2. в течение первых двух недель после рождения;
3. в течение первых четырех месяцев после рождения.

133. В каком возрасте начинает складываться произвольное внимание:

1. в дошкольном;
2. в младшем школьном;
3. в подростковом;
4. в раннем детстве.

134. Какие основные критерии положены в основу возрастной периодизации Э.Б. Эльконина:

1. возраст и интеллектуальное развитие;
2. отношение с социальной средой и типы общения;
3. смена ведущих видов деятельности и характер общения;
4. смена личностных интересов и внутренних мотивов.

135. Какой психический процесс доминирует в раннем детстве над всеми остальными:

1. восприятие;
2. память;
3. воображение;
4. мышление.

136. Детский вариант теста Люшера предназначен для детей в возрасте:

1. от 6 до 12 лет;
2. от 8 до 14 лет.

137. В детском варианте теста Люшера знаком " x" обозначаются:

1. приятные цвета;
2. наиболее приятные цвета;
3. безразличные цвета;
4. неприятные, отвергаемые цвета;
5. наиболее неприятные цвета.

138. Каким количеством баллов в детском варианте цветового теста Люшера оцениваются красный и зеленый цвета на первых позициях, смещение серого и коричневого в середину ряда:

1. 4 балла;
2. 3 балла;
3. 0 баллов.

139. Какая из перечисленных проективных методик предназначена для изучения состояния личности, настроения и эмоциональных отношений с окружающим миром:

1. дом-дерево-человек;
2. "Несуществующее животное";
3. цветовой тест Люшера.

140. Какой из цветов в тесте Люшера символизирует потребность в отдыхе, удовлетворенность:

1. зелёный;
2. синий;
3. красный;
4. желтый.

141. Методика Рене-Жиля является :

1. рисуночно-невербальной;
2. визуально-вербальной;
3. кинестетической.

142. На сколько переменных можно условно разделить психологический материал, характеризующий систему личностных отношений ребенка, получаемый с помощью методики Рене-Жиля:

1. на 2 группы;
2. на 3 группы;
3. на 4 группы.

143. В методике Рене-Жиля переменные, характеризующие особенности самого ребенка :

1. любознательность;
2. стремление к общению в больших группах детей;
3. конфликтность;
4. замкнутость.

144. В каком году была опубликована методика Рене-Жиля:

1. в 1948;
2. в 1959;
3. в 1968.

145. Для практического изучения особенностей самосознания, самоотношения, самооценки личности служит методика:

1. кубики Кооса;
2. матрицы Равена;
3. дом-дерево-человек;

146. Дж.Бук в 1948 году предложил такую проективную методику, как:

1. автопортрет;
2. рисунок семьи;
3. дом-дерево-человек.

147. При интерпретации методики " дом-дерево-человек" о чрезвычайно великом значении семьи в мире ребенка можно говорить, если на рисунке:

1. человек много крупнее всех других элементов рисунка;
2. дом крупнее всех других элементов рисунка;
3. дерево много крупнее всех других элементов рисунка.

148. При интерпретации методики " дом-дерево-человек" решетки на окнах свидетельствуют:

1. о замкнутости ребенка, избегании контактов, боязни раскрыться;
2. о конфликтной ситуации, вследствие которой ребенок "закрывается" от общения;
3. о боязни агрессии, наличии ощущения опасности либо зависимости и несвободы.

149. К критериям и показателям уровня развития графических умений в рисовании не относится:

1. умение правильно держать карандаш;
2. умение правильно выбирать технику рисования в зависимости от задания;
3. умение перевода реального объекта в графический образ.

150. К техническим графическим умениям не относится:

1. умение пользоваться карандашом;
2. умение пользоваться кисточкой;
3. умение правильно передавать пропорции предмета;
4. владение формообразующими движениями.

151. В соответствии с концепцией Л.С. Выготского ведущей психической функцией младенчества является:

1. психические функции не дифференцированны**;**
2. мышление;
3. память.

152. В соответствии с концепцией Л.С. Выготского ведущей психической функцией младшего школьного возраста является:

1. психические функции не дифференцированы**;**
2. мышление;
3. память.

153. В соответствии с концепцией Л.С. Выготского ведущей психической функцией дошкольного возраста является:

1. психические функции не дифференцированны**;**
2. мышление;
3. память.

154. Детский апперцептивный тест (CAT) отличается от ТАТ тем, что в стимульном материале:

1. изображены фигуры людей;
2. фигуры животных заменили изображения людей.

155. Группа проективных методик, предполагающих завершение предложения, рассказа, истории, носит название:

1. аддитивных;
2. катартических;
3. импрессивных.

156. Группа проективных методик, предполагающих истолкование испытуемыми какого-либо события, носит название:

1. аддитивных;
2. катартических;
3. импрессивных.

157. Группа проективных методик, предполагающих осуществление игровой деятельности в специально организованных условиях, носит название:

1. аддитивных;
2. катартических;
3. импрессивных.

158. При патопсихологическом обследовании детей больных эпилепсией обнаруживаются характерные изменения:

1. мышления;
2. речи;
3. памяти;
4. личностных особенностей;
5. всё выше перечисленное.

159. В патопсихологическом обследовании расстройств мышления у детей не используется:

1. методика «толкование пословиц»;
2. методика «аналогии»;
3. методика «исключение понятий»;
4. методика «перепутанные линии».

160. В патопсихологическом обследовании для изучения и оценки особенностей внимания у детей не используется:

1. методика «корректурная проба»;
2. методика «перепутанные линии»;
3. методика «красно-черные таблицы»;
4. методика матрицы Равена.

161. О сильной боязни агрессии и потребности в защите при выполнении методики «дом-дерево-человек» свидетельствует, если ребенок изображает:

1. тщательно прорисованную кору дерева;
2. отсутствие кроны и листьев у дерева;
3. остроконечные ветви у дерева.

162. Если ребенок при выполнении методики «дом-дерево-человек» нарисовал дупло у дерева, это может говорить о:

1. скрытности, замкнутости, проблемах в общении;
2. слабой привязанности в семье, малой значимости семейных связей;
3. перенесенной в прошлом травматичной, сложной ситуации.

163. Размещение ребенком рисунка преимущественно в левой половине листа, при выполнении методики «дом-дерево-человек»,говорит об:

1. акцентировании на событиях прошлого;
2. акцентирование на событиях настоящего;
3. акцентирование на событиях будущего.

164. При выполнении методики «автопортрет» о контакте ребенка с окружающим миров символизирует изображение:

1. глаз;
2. ушей и носа;
3. рук;
4. ног.

165. При интерпретации методики «автопортрет» изображение ребенком больших ушей свидетельствует о:

1. склонности к агрессии;
2. чувствительности к критике;
3. потребности в независимости.

166. При выполнении ребенком методики «автопортрет» жирные контуры и большое количество углов говорят о:

1. беспокойстве и неуверенности;
2. скрытой агрессии.

167. Рассматривается индикатором базовых потребностей испытуемого в методике «автопортрет»:

1. изображение головы;
2. изображение туловища;
3. изображение глаз и рта;

168. В методике «несуществующее животное» расположение рисунка в верхней или нижней части листа говорит о:

1. уровне самооценки;
2. уровне притязаний;
3. уровне агрессии.

169. При интерпретации методики ««несуществующее животное» о наличии вербальной агрессии у ребенка свидетельствует:

1. зубы;
2. брови;
3. язык;
4. ноздри.

170. Что может говорить о демонстративности личности в выполнении методики ««несуществующее животное»:

1. перья;
2. крылья;
3. когти.

171. По мнению И.Н. Козловой на первый план при депрессиях у детей выступает:

1. печаль,
2. тоска;
3. грубость, дерзость.

172. Отличительными особенностями аффективных расстройств в детском и подростковом возрасте, не зависящими от их нозологической принадлежности, по Т.Б.Дмитриевой, Е.В. Макушккину и М.А. Фединой, являются преобладание:

1. расстройств успеваемости;
2. поведенческих расстройств;
3. трудностей концентрации внимания.

173. Низкий уровень выразительной разговорной речи: ограниченный набор слов и частое им пользование; отсутствие грамматически сложных построений в речи; незрелая структура предложений, отсутствие подходящих слов-заменителей:

1. расстройства экспрессивной речи;
2. расстройства рецептивной речи.

174. Слуховая невосприимчивость понимания ребенком речи окружающих, неспособность следовать простым инструкциям, непонимание речевых модуляций:

1. расстройства экспрессивной речи;
2. расстройства рецептивной речи.

175. Гиперкинетические расстройства характеризуются:

1. неусидчивостью;
2. неспособностью к устойчивому вниманию;
3. общей возбудимостью и импульсивностью;
4. повышенной конфликтностью, агрессивностью;
5. все выше перечисленное.

176. К методикам исследования графических навыков у детей с отклонениями в развитии не относятся:

1. методика"несуществующее животное";
2. методика "что не хватает на картинке";
3. методика " рисунок человека".

177. Стадия "каракулей" начинается в возрасте:

1. в возрасте 2-х лет;
2. в возрасте 4-х лет;
3. от 3-х до 4-х лет.

178. Интеграция в общество человека с особыми образовательными потребностями означает:

а. процесс и результат предоставления прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и формах социальной жизни

б. возможность максимально ограничивающей альтернативы для лиц с особыми образовательными потребностями

в. возможность получить специальное образование

г. процесс объединения лиц с ограниченными возможностями

179. Средства обеспечения коррекционно-образовательного процесса в системе специального образования:

а. средства

б. изобразительные средства

в. ручной труд

г. все ответы верны

180. В государственно-общественную систему социально-педагогической помощи лицам с особыми потребностями входит:

а. сектор

б. муниципальный сектор

в. негосударственный сектор

г. все ответы верны

181. Школа V вида – это специальное образовательное учреждение для детей:

а. нарушениями речи

б. с нарушениями опорно-двигательного аппарата

в. интеллектуальными нарушениями

г. с нарушениями зрения

182. Специальные дошкольные бразовательные учреждения комплектуются:

а. по желанию родителей

б. если имеются соответствующие условия в доу, и с согласия родителей

в. по решению пмпк, органов образования и с согласия родителей

г. по желанию педагогов

183. С какими смежными науками связана психология аномального развития:

а. с возрастной психологией

б. специальной психологией

в. с детской психиатрией

г. верно все перечисленное

184. Одним из первых обосновал идею интегрированного обучения:

а. М. С. Певзнер

б. Л. С. Выготский

в. В. В. Лебединский

г. М. Монтессори

185. Основных видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития существует:

а. восемь

б. девять

в. десять

г. правильного ответа нет

186. Наполняемость групп в специализированном ДОУ зависит от:

а. количества детей, имеющих нарушения

б. желания педагогического коллектива

в. вида нарушения и возраста детей

г. вместительности групп

187. Для подготовки к школе детей, не посещающих специальные ДОУ, осуществляется:

а. индивидуальное консультирование

б. обучение в домашних условиях

в. создаются подготовительные классы при специальных школах

г. семейное консультирование

188. Трудовая адаптация больных с неглубокой имбецильностью начинается:

а. во вспомогательных школах

б. в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах

в. в интернатах социального обеспечения

г. в условиях семейного воспитания

189. Перевода в специальные школы для детей с задержками психического развития требуют дети, страдающие:

а. органическим инфантилизмом

б. гармоническим инфантилизмом

в. дисгармоническим инфантилизмом

г. верны все ответы

190. Основными направлениями вторичной профилактики пограничной

интеллектуальной недостаточности следует считать:

а. занятия спортом

б. адекватную систему обучения

в. активную медикаментозную терапию

г. семейную психокоррекцию

191. У ребенка 5 лет заикание возникло на фоне запоздалого развития речи, сочетается с косноязычием, аграмматизмами, недостаточным развитием внутренней речи, течет монотонно с аногнозической реакцией на речевой дефект. Этот тип заикания следует расценить как:

а. невротическое

б. неврозоподобное

в. энцефалопатическое

г. дизонтогенетическое ("заикание развития")

192. У ребенка в раннем возрасте отсутствует лепетная речь, к 2-3 годам появляются искаженные малопонятные слова, к 4-5 годам - упрощенная фразовая речь с перестановкой звуков и слогов, отсутствием дифференциации звуков. Указанное состояние следует оценить как:

а. задержку психического развития

б. сенсорную алалию

в. алалию

г. дислалию

193. Получить среднее и высшее специальное образование может:

а. любой выпускник специальной школы

б. выпускник специальной школы, имеющий сохранный

интеллект и высокий уровень подготовки

в. высокоодаренный выпускник специальной школы

г. выпускник, получивший аттестат с положительными оценками

194. Основную роль в компенсации пограничной интеллектуальной недостаточности играет:

а. психотерапия

б. терапия ноотропами

в. терапия психостимуляторами

г. адекватная система обучения

195. Основная причина школьной дезадаптации при пограничной интеллектуальной недостаточности связана:

а. с репрессиями учителей

б. неправильным поведением родителей

в. с несоответствием требований программы массовой школы

возможностям ребенка

г. перегруженностью ребенка

196. Ребенок обратился за консультацией по поводу косноязычия: меняет звуки местами, замещает мягкие звуки твёрдыми, звонкие глухими или вообще не может произнести звуки р, л, ш, с. Основная помощь, направленная на исправление речи при дислалии, включает:

а. стимулирующую медикаментозную терапию

б. психотерапию

в. раннюю логопедическую коррекцию

г. лечебную педагогику

197. У ребенка избирательное нарушение способности к овладению навыками чтения и письма при сохранении общей способности к обучению. Что является ведущим в коррекции дисграфии:

а. логопедическая коррекция

б. психологическая коррекция

в. лечебная педагогика

г. медикаментозная терапия

198. Какой из нижеперечисленных пунктов, проявляется в систематическом повышении квалификации, творческой активности, способности продуктивно удовлетворять возрастающие требования общества:

а. профессионализм

б. лидерство

в. медицинского работника

г. компетентность

199. Как называется принцип отечественной психологии, согласно которому всё в природе, в том числе и психические явления, объясняется действием материальных причин и законов?

а. принцип единства сознания и деятельности;

б. детерминизма

в. принцип развития

г. принцип активности

200. Чем является наблюдение человека за внутренним планом собственной психической жизни?

а. интеракция

б. интерференция

в. интроспекция

г. интуиция

201. Как называется научное исследование взаимосвязи между психическими и физическими процессами?

а. психофизикой

б. психометрией

в. эмпиризмом

г. механицизмом

202. Обозначьте наиболее важную и эффективную роль профессионального психолога:

а. инициатор самоисследования

б. терпеливый слушатель

в. советник

г. посредник

д. специалист по внушению

е. умный аналитик

203. Кого считали ответственными за мысли и поступки людей древние греки?

а. людей

б. богов

в. царей

г. жрецов

204. Определите автора, который считал ведущими силами развития личности стремление к превосходству (успеху, совершенству), порождаемое врождённым ощущением недостаточности, и социальный интерес как готовность к сотрудничеству с другими людьми:

а. А. Адлер

б. З. Фрейд

в. К. Хорни

г. К. Юнг

205. Столкновение внутри личности равных по силе, но противоположно направленных мотивов, потребностей, интересов – это:

а. межличностный конфликт

б. деструктивный конфликт

в. внутриличностный конфликт

г. конструктивный конфликт

206. Важнейшим условием эффективной работы профессионального психолога является:

а. богатый жизненный опыт

б. умение давать четкие конкретные советы

в. ориентация на нормы и ценности человека, обратившегося за помощью

г. обращение к своему личному опыту или опыту других людей

207. Способ медицинского воздействия на больного, при котором нецеленаправленно причиняется вред здоровью:

а. социопатия

б. нозофилия

в. ятрогения

г. патогения

208. Мильо-эффект это:

а. использование терапевтического эффекта плацебо

б. причинение вреда здоровью терапевтическими, профилактическими или реабилитационными мероприятиями

в. лечение с помощью окружающей среды

г. побочный эффект от медикаментозного лечения

209. Профессиональное сознание психолога отличается:

а. гуманным отношением к людям;

б. нравственной ответственностью в принятии профессиональных решений

в. высокой степенью рефлексивности

г. все ответы верны

210. Ответственность психолога предполагает:

а. гарантию позитивных изменений человека;

б. обеспечение личностного благополучия клиента в процессе оказания психологической помощи;

в. обязательную реализацию предложенных рекомендаций;

г. все ответы верны

211. Тренинг развития креативности и творческих способностей реализует следующие задачи:

а. осознание настоящего уровня креативности человека

б. определение внутренних барьеров, мешающих креативности, и работа с ними

в. овладение практическими методами психокоррекции

г. повышение профессионального самосознания

д. появление новых возможностей для реализации своих способностей и талантов

212. Профессиональное самопознание – целенаправленный процесс познания себя как субъекта профессиональной деятельности: особенностей эмоционально-волевой и познавательной сферы, характера, развития профессиональных способностей, профессиональной культуры, назовите методы самопознания:

а. анализ собственного опыт, как положительного, так и отрицательного

б. освоение психологии как науки

в. участие в работе методических объединений и различных формах повышения квалификации

г. изучение этических норм профессиональной деятельности

д. различные психодиагностические методики, направленные на диагностику особенностей характера, мотивационной, эмоционально-волевой, познавательной, интеллектуальной сфер личности

213. Создание мотива экспертизы необходимо:

а. для установления доверительных отношений с испытуемым.

б. для формирования у пациента серьезного отношения к исследованию.

в. для изучения мотивации испытуемого

г. для установления диагноза

214. Девиз профессионального психолога:

а. «Не будь слишком сладким – как бы тебя не съели; не будь слишком горьким – как бы тебя не выплюнули» (восточная мудрость)

б. «Если ты дашь человеку рыбу, ты накормишь его только один раз. Если ты научишь его ловить рыбу, он всегда сможет себя прокормить» (восточная мудрость)

в. «Сначала учись, потом учи» (восточная мудрость)

г. все ответы верны

215. Профессиональное саморазвитие – становление профессионально значимых личностных качеств и способностей, профессиональных знаний и умений, активное качественное преобразование личностью своего внутреннего мира, приводящее к творческой самореализации в профессии проходит в три этапа, назовите их.

а. самопознание

б. самореализация

в. самопрограммирование

г. самомнение

д. самовоздействие

216. Самовоздействие – непосредственно сам процесс работы над совершенствованием себя, своего профессионализма, назовите способы самовоздействия:

а. саморегуляцияи самоконтроль

б. самовнушение

в. самоизоляция

г. самообразование

д. самообслуживание

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине оценочным материалам, используемым на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая  компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное  средство |
| 1 | ОК-7 готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала | Знать: содержание понятий профессиональное саморазвитие, его этапы, профессиональное самопознание и его методы, самовоздействие и способы самовоздействия с целью профессионального становления | Вопросы  №:9-11; 1-8; 62-63 |
| Уметь: осуществлять процесс работы над совершенствованием себя, своего профессионализма; на развитие творческих способностей и креативности | Практические задания №: 1-25 |
| Владеть: процедурой самостоятельного проведения патопсихологического обследования ребенка с использованием своего творческого потенциала | Практические задания №: 1-25 |
| 2 | ПК- 2 готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) | Знать: принципы и этико-деонтологические нормы психодиагностического обследования; требования к проведению патопсихологического исследования когнитивной и эмоционально-личностной сферы у детей с психическим дизонтогенезом | Вопросы №: 9-58 |
| Уметь: самостоятельно проводить психодиагностическое исследование и анализировать результаты в соответствии с исследовательскими задачами и этико-деонтологическими нормами | Практические задания №: 2;3;4;5;6;8;9;10;12;13;14;15;16; 17;18;19;24 |
| Владеть: навыками выявления и анализа патологической симптоматики, выделению первичных и вторичных симптомов, определению сохранных звеньев | Практические задания №: 2;3;4;5;6;9;10; 12;13;14;15;16; 17;18;19;24 |
| 3 | ПК-3 способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик | Знать: методы и методики, применяемые в детской клинической патопсихологии; порядок применения и способы получения данных клинико-психологического и экспериментально-психологического методов при исследовании ребенка с нормальным и отклоняющимся развитием | Вопросы №: 9-58 |
| Уметь: применять патопсихологические методики для обследования пациентов | Практические задания №: 2;3;4;5;6;9;10; 12;13;14;15;16; 17;18;19;24 |
| Владеть: навыками планирования (подбора соответствующих методик) и самостоятельного проведения психодиагностического обследования пациента (клиента) с использованием патопсихологических методик в соответствии с конкретными задачами, этико-деонтологическими нормами, нозологическими, социально-демографическими, культуральными и индивидуально-психологическими характеристиками | Практические задания №: 2;3;4;5;6;9;10; 12;13;14;15;16; 17;18;19;24 |
| 4 | ПК-12 способностью организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций | Знать: теоретико-методологические подходы к организации психологической службы в условиях поликлиники и стационара; способами взаимодействия с руководителями, персоналом различных подразделений и организаций | Вопросы №: 1-8; 60-63 |
| Уметь: осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с основными направлениями психологической службы во взаимодействии с другими структурами (психиатрической, логопедической, педагогической, службой социальных работников) | Практические задания №:4;7;11;16;20;21;22;23;25 |
| Владеть: навыками взаимодействия со специалистами лечебных и образовательных учреждений; способностью координировать взаимодействие с руководителями, персоналом различных структурных подразделений; навыками формулирования рекомендаций социальным работникам и педагогам для работы с детьми, имеющими нарушения развития | Практические задания №:4;7;11;16;20;21;22;23;25 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой**

**системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках**

**изучения дисциплины**

**«Практикум» по детской патопсихологии»**

В рамках реализации балльно - рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно - рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося и бонусных баллов.

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5 баллов**) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- контроля внеаудиторной самостоятельной работы студентов по дисциплине (КСР) и практическим занятиям.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1-й до 2-х контрольных точек (устный опрос и тестирование; устный опрос и оформление протокола исследования). За данные контрольные точки обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Устный ответ не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии, тогда как тестирование, оформление протоколов клинико-психологического исследования и выполнение письменной контрольной работы являются обязательными контрольными точками для каждого студента.

В модуле 1 «Патопсихологическое исследование когнитивной сферы *ребенка с отклонениями в психическом развитии»* - предусмотрено 14 контрольных точек: 12 контрольных точек по темам модуля, 1- КСР и 1 - рубежный контроль по модулю (тестирование).

В модуле 2 «*Патопсихологическое исследование эмоционально-личностной сферы у ребенка с дизонтогенезом*»: 10 контрольных точек: 8 контрольных точек по темам модуля, 1- КСР и 1 - рубежный контроль по модулю (решение ситуационных задач).

Внеаудиторная самостоятельная работа по дисциплине предусматривает 1 контрольную точку (предоставление презентации). Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине. Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек) к количеству этих оценок.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

**Бонусные баллы** определяются в диапазоне **от 0 до 5 баллов**. Критериями получения бонусных являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рэ/Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рэ**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |