

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ»
(СПбГИПСР)**

КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ



УТВЕРЖДЕНО

Руководитель ОПОП

канд. психол. наук, доцент

С.В. Крайнюков

«29» мая 2020 г.

Рабочая программа дисциплины

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

по образовательной программе 37.05.01 Клиническая психология

«Клинико-психологическая помощь ребенку и семье»

Разработчик: канд. психол. наук, доцент Бондарева Мария Олеговна

Согласовано: зав. кафедрой, д-р психол. наук, профессор Щукина Мария Алексеевна

Санкт-Петербург

2020

РАЗДЕЛ 1. Учебно-методический раздел рабочей программы дисциплины

1.1. Аннотация рабочей программы дисциплины

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Цель изучения дисциплины: ознакомление студентов с практическими задачами патопсихологии, принципами построения патопсихологического исследования, стратегии и тактики работы психолога при решении различных клинических задач, формирование навыков работы психолога с детьми, навыков интерпретации полученных экспериментальных материалов и составления патопсихологического заключения.

Задачи дисциплины:

1. Рассмотреть основные положения и теоретические основания оценки психического развития ребенка;
2. Рассмотреть основные технологии и тактики проведения обследования;
3. Рассмотреть способы анализа результатов и составления заключений по результатам оценки психического развития ребенка;
4. Сформировать умение применять методы углубленной диагностики детей в работе клинического психолога.

Содержание дисциплины:

Теоретические предпосылки деятельности детского патопсихолога.

Требования к патопсихологическому исследованию детей.

Клинические методы исследования в детской патопсихологии.

Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка

Ограничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Патопсихологическое исследование мышления у детей

Расстройства школьных навыков и способы оценки их степени их нарушений

Исследование личности ребенка в патопсихологии

1.2. Цель и задачи обучения по дисциплине

Цель – ознакомление студентов с практическими задачами патопсихологии, принципами построения патопсихологического исследования, стратегии и тактики работы психолога при решении различных клинических задач, формирование навыков работы психолога с детьми, навыков интерпретации полученных экспериментальных материалов и составления патопсихологического заключения.

Задачи:

1. Рассмотреть основные положения и теоретические основания оценки психического развития ребенка;
2. Рассмотреть основные технологии и тактики проведения обследования;
3. Рассмотреть способы анализа результатов и составления заключений по результатам оценки психического развития ребенка;
4. Сформировать умение применять методы углубленной диагностики детей в работе клинического психолога.

В случае успешного овладения дисциплины будущий специалист **должен**

знать:

- перечень наиболее актуальных методов патопсихологического исследования, основные патопсихологические синдромы и наиболее вероятные предпосылки их возникновения у детей.

уметь:

- отбирать методический арсенал с учетом системности организации психических функций и конкретных задач исследования, организовывать патопсихологическое обследование лиц с ограниченными возможностями здоровья и выделять основные синдромы недоразвития и повреждения психических функций, учитывать возрастные особенности развития психики в целом и развития высших психических функций в связи с оценкой степени выраженности их расстройства.

иметь навыки:

- грамотного оформления результатов исследования, качественными и количественными приемами интерпретации данных с учетом статистических параметров изучаемых показателей, приемами количественного и качественного анализа получаемых данных и их сопоставления с нормативными показателями.

1.3. Язык обучения

Язык обучения – русский.

1.4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем по видам учебных занятий, самостоятельную работу, форму промежуточной аттестации*

Форма обучения	Общий объем дисциплины			Объем в академических часах										
	В кредитах	В астрономич. часах	В академ. часах	Объем самостоятельной работы	Объем контактной работы обучающихся с преподавателем								Промежуточная аттестация (экзамен)	
					Всего	Виды учебных занятий								В том числе контактная работа (занятия) в интерактивных формах
						Всего учебных занятий	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа	Групповые консультации	Индивидуальные консультации				
Очная	4	108	144	76	68	64	26	38	-	-	20	4		

* В случае реализации смешанного обучения рабочая программа дисциплины адаптируется преподавателем в части всех видов учебных занятий и промежуточной аттестации к использованию дистанционных образовательных технологий.

1.5. Планируемые результаты обучения по дисциплине, обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения образовательной программы

Планируемые результаты обучения по образовательной программе (перечень компетенций в соответствии с ФГОС и ОПОП)	Планируемые результаты обучения по дисциплине (перечень компетенций по дисциплине)
с ОК-1 по ОК-9, с ОПК-1 по ОПК-3, с ПК-1 по ПК-7, ПК-10, с ПСК-4.1 по ПСК-4.11	<ul style="list-style-type: none"> - способность решать стандартные задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность и готовность к самостоятельной формулировке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования детей и семей с целью определения типа дизонтогенеза, факторов риска аномалий психического развития (ПСК-4.5); - способность и готовность к применению на практике диагностических методов и процедур оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре формирующейся психики ребенка (ПСК-4.6)

РАЗДЕЛ 2. Структура и содержание дисциплины

2.1. Учебно-тематический план дисциплины

Очная форма обучения

Тема (раздел) дисциплины (указывается номер темы, название)	Общее количество аудиторных часов	Общее кол-во часов на занятия лекционного типа	Общее кол-во часов на занятия семинарского типа	
			Всего	Из них интерактивные формы
Тема 1. Теоретические предпосылки деятельности детского психолога	6	2	4	-
Тема 2. Требования к патопсихологическому исследованию детей.	6	4	2	-
Тема 3. Клинические методы исследования в детской патопсихологии.	6	2	4	2
Тема 4. Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка.	12	6	6	4
Тема 5. Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Патопсихологическое исследование мышления у детей.	12	4	8	4
Тема 6. Расстройства школьных навыков и способы оценки их степени их нарушений	10	4	6	4
Тема 7. Исследование личности ребенка в патопсихологии	12	4	8	6
Итого:	64	26	38	20

2.2. Краткое содержание тем (разделов) дисциплины

Тема 1. Теоретические предпосылки деятельности детского психолога

Деонтологические правила работы психолога. Особенности этических нормативы, регламентирующих деятельность психолога при работе с детьми. Психологический анализ истории болезни как метод психологического исследования. Патопсихологический анамнез больного ребенка. Психологический смысл сопоставления данных субъективного и объективного анамнезов. Основные этапы развития личности по данным анамнеза. Понятие дизонтогенеза и его форм. Психологическая атмосфера в родительской семье.

Тема 2. Требования к патопсихологическому исследованию детей.

Принципы построения патопсихологического исследования ребенка. Системный качественный анализ нарушений психики ребенка; сочетание методов количественной и качественной оценки данных; выбор стратегии и тактики обследования в зависимости от задач, возраста ребенка.

Обследование детей в рамках психолого-медико-педагогической комиссии. Патопсихологическое исследование динамики психической деятельности в процессе терапии и психотерапии.

Специфика патопсихологического заключения на ребенка. Рекомендации к составлению патопсихологического заключения.

Тема 3. Клинические методы исследования в детской патопсихологии.

Беседа и наблюдение как основные методы клинико-психологического исследования ребенка.

Возможные источники информации в процессе наблюдения.

Основные задачи клинической беседы. Выбор тактики беседы в соответствии с поставленной задачей, состоянием больного ребенка, тяжестью психического дефекта.

Тема 4. Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка.

Онтогенез механизмов памяти. Произвольное и непроизвольное внимание. Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка. Методики исследования. Требования к инструкциям, протоколы исследования. Диагностическое значение результатов. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Специфика исследования детей.

Тема 5. Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний.

Патопсихологическое исследование мышления у детей.

Умственная отсталость и задержка психического развития как предметы патопсихологического исследования. Приемы исследования интеллектуальных функций. Обучающий эксперимент. Диагностическое значение результатов. Специфика стимульного материала при исследовании детей.

Тема 6. Расстройства школьных навыков и способы оценки их серьезности

Расстройства формирования школьных навыков. Причины задержек в развитии письма и чтения. Методы исследования этой сферы. Патопсихологическое исследование аффективной сферы и личности ребенка. Конкретные методики исследования. Особенности применения проективных методов. Требования к инструкциям, протоколы исследования. Диагностическое значение результатов.

Тема 7. Исследование личности ребенка в патопсихологии

Акцентуации характера. Методы их оценки. Неврозы и психопатии у детей и подростков.

Патопсихологическое обследование психических больных детей с диагнозами «шизофрения», «эпилепсия».

Аутизм как предмет патопсихологического исследования.

Оценка степени выраженности нарушений различных психических процессов.

Роль семейного фактора в формировании отклонений в поведении ребенка. Детские страхи и депрессии. Диагностические приемы их выявления.

2.3. Описание занятий семинарского типа

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 1.

Тема: Теоретические предпосылки деятельности детского патопсихолога

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: патопсихология.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с работой патопсихолога.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 2.

Тема: Требования к патопсихологическому исследованию детей.

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: патопсихология, патопсихологическое исследование, дети.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с патопсихологическим исследованием детей.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 3.

Тема: Клинические методы исследования в детской патопсихологии.

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: детская патопсихология, методы исследования.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с методами исследования в детской патопсихологии.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 4.

Тема: Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка.

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: память, внимание.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с исследованиями памяти и внимания ребенка.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 5.

Тема: Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Патопсихологическое исследование мышления у детей.

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: умственная отсталость, мышление, патопсихологическое исследование.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с исследованием мышления у детей.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 6.

Тема: Расстройства школьных навыков и способы оценки их серьезности

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: школьные навыки.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с оценкой сформированности школьных навыков.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ 7.

Тема: Исследование личности ребенка в патопсихологии

Цель: Закрепить понятийный аппарат

Понятийный аппарат: личность, акцентуации личности.

Описание занятия: Работа с раздаточными материалами преподавателя. Самостоятельное прочтение текста, обсуждение поставленных преподавателем вопросов. Просмотр нескольких видеороликов. Обсуждение вопросов, связанных с исследованиями личности ребенка.

Требования к подготовке к занятию: не предъявляются.

2.4. Описание занятий в интерактивных формах

Интерактивное занятие по теме 1 «Теоретические предпосылки деятельности детского психолога».

Нет интерактивных занятий

Интерактивное занятие по теме 2 «Требования к патопсихологическому исследованию детей».

Нет интерактивных занятий

Интерактивное занятие по теме 3 «Клинические методы исследования в детской патопсихологии».

Презентации и обсуждения групповых исследовательских работ студентов – такая форма интерактивных занятий предполагает подготовку на занятии или в рамках самостоятельной работы индивидуальных или групповых работ, с последующей презентацией результатов; задания должны носить исследовательский характер.

Оценивается активность участия студентов в обсуждении, правильность делаемых выводов.

Интерактивное занятие по теме 4 «Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка».

Презентации и обсуждения групповых исследовательских работ студентов – такая форма интерактивных занятий предполагает подготовку на занятии или в рамках самостоятельной работы индивидуальных или групповых работ, с последующей презентацией результатов; задания должны носить исследовательский характер.

Оценивается активность участия студентов в обсуждении, правильность делаемых выводов.

Интерактивное занятие по теме 5 «Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Патопсихологическое исследование мышления у детей».

Презентации и обсуждения групповых исследовательских работ студентов – такая форма интерактивных занятий предполагает подготовку на занятии или в рамках самостоятельной работы индивидуальных или групповых работ, с последующей презентацией результатов; задания должны носить исследовательский характер.

Оценивается активность участия студентов в обсуждении, правильность делаемых выводов.

Интерактивное занятие по теме 6 « Расстройства школьных навыков и способы оценки их серьезности».

Презентации и обсуждения групповых исследовательских работ студентов – такая форма интерактивных занятий предполагает подготовку на занятии или в рамках самостоятельной работы индивидуальных или групповых работ, с последующей презентацией результатов; задания должны носить исследовательский характер.

Оценивается активность участия студентов в обсуждении, правильность делаемых выводов.

Интерактивное занятие по теме 7 « Исследование личности ребенка в патопсихологии».

Презентации и обсуждения групповых исследовательских работ студентов – такая форма интерактивных занятий предполагает подготовку на занятии или в рамках самостоятельной работы индивидуальных или групповых работ, с последующей презентацией результатов; задания должны носить исследовательский характер.

Оценивается активность участия студентов в обсуждении, правильность делаемых выводов.

2.5. Организация планирования встреч с приглашенными представителями организаций

Встречи с приглашенными представителями организаций не предусмотрены.

2.6. Особенности освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья

Обучение студентов с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется на основе адаптированной рабочей программы с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения учебной программы дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья обеспечивается:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;

3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:

- возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения института, а также пребывание в указанных помещениях.

Получение образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории студентов	Формы
С нарушением слуха	- в печатной форме; - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом; - в форме электронного документа; - в форме аудиофайла
С нарушением опорно-двигательного аппарата	- в печатной форме; - в форме электронного документа; - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине.

Перечень фондов оценочных средств, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

Категории студентов	Виды оценочных средств	Формы контроля и оценки результатов обучения
С нарушением слуха	тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С нарушением опорно-двигательного аппарата	Решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	-

Студентам с ограниченными возможностями здоровья увеличивается время на подготовку ответов к зачёту, разрешается готовить ответы с использованием дистанционных образовательных технологий.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций. При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями. Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся. При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) обеспечивается выполнение следующих дополнительных требований в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся:

- инструкция по порядку проведения процедуры оценивания предоставляется в доступной форме (устно, в письменной форме);

- доступная форма предоставления заданий оценочных средств (в печатной форме, в печатной форме увеличенным шрифтом, в форме электронного документа, задания зачитываются ассистентом);

- доступная форма предоставления ответов на задания (письменно на бумаге, набор ответов на компьютере, с использованием услуг ассистента, устно).

При необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) может проводиться в несколько этапов.

Проведение процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья допускается с использованием дистанционных образовательных технологий.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины. Для освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья предоставляются основная и дополнительная учебная литература в виде электронного документа в фонде библиотеки и / или в электронно-библиотечных системах.

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием средств обучения общего и специального назначения:

- лекционная аудитория – мультимедийное оборудование (для студентов с нарушениями слуха);

- учебная аудитория для практических занятий (семинаров) мультимедийное оборудование, (для студентов с нарушениями слуха).

2.7. Методические указания для студентов по освоению дисциплины

Основными принципами изучения данной дисциплины являются:

- принцип развивающего и воспитывающего обучения;
- принцип культуру-природосообразности;
- принцип научности и связи теории с практикой;
- принцип систематичности;
- принцип наглядности;
- принцип доступности;

- принцип положительной мотивации и благоприятного климата обучения.

Методическое обеспечение дисциплины осуществляется за счёт использования современных учебников (учебных комплексов, справочной литературы, словарей, интернет-сайтов специальных зданий и организаций) и учебных пособий, касающихся проблематики изучаемой дисциплины.

2.8. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Учебная аудитория, оборудованная мультимедийным оборудованием и аудио системой, с возможностью демонстрации интерактивных пособий и учебных фильмов, с доступом к сети Интернет.

Учебно-практическая лаборатория психолого-педагогического практикума.

Используемое оборудование: комплекты специализированной мебели, комплект «Метафорические карты», психодиагностические методики, мультимедийное оборудование с доступом к сети Интернет.

РАЗДЕЛ 3. Требования к самостоятельной работе студентов в рамках освоения дисциплины

Самостоятельная работа студентов в рамках дисциплины является одним из базовых компонентов обучения, приобретения общекультурных и профессиональных компетенций, предусмотренных компетентностно-ориентированным учебным планом и рабочей программой учебной дисциплины. В процессе самостоятельной работы студенты проявляют свои творческие качества, поднимаются на более высокий уровень профессионализации.

Формы выполнения студентами самостоятельной работы могут быть разнообразны: как выполнение ряда заданий по темам, предложенным преподавателем, так и выполнение индивидуальных творческих заданий (в согласовании с преподавателем): составление библиографии, картотеки статей по определенной теме; составление опорных схем для осмысления и структурирования учебного материала; создание электронных презентаций; выступления на научно-практических конференциях и мн. др.

Типовые задания СРС:

- работа с первоисточниками;
- подготовка докладов;
- изучение отдельной темы и разработка опорного конспекта;
- решение исследовательских задач;
- составление понятийного тезауруса;

- подготовка презентации;
- написание эссе;
- составление аннотированного списка литературы по одной из тем;
- исследовательские работы (возможна разработка проекта).

Самостоятельная работа студентов – способ активного, целенаправленного приобретения студентом новых для него знаний, умений и компетенций без непосредственного участия в этом процессе преподавателей. Самостоятельная работа по дисциплине является единым видом работы, которая может состоять из нескольких заданий.

Методические рекомендации по выполнению самостоятельной работы

Цель выполнения самостоятельной творческой работы – приобретение опыта активной самостоятельной учебно-познавательной деятельности.

Целью СРС является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. СРС способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

В процессе выполнения самостоятельной работы студенты должны быть ориентированы на:

- систематизацию и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений для эффективной подготовки к зачетам и экзаменам.

Успех студента в изучении курса зависит от систематической индивидуальной деятельности по овладению учебным материалом. Студентам целесообразно наладить творческий контакт с преподавателем, придерживаться его рекомендаций и советов по успешному овладению

Требования к структуре и оформлению работы.

Данная работа в окончательном варианте, который предоставляется преподавателю, должна быть иметь следующую **структуру**:

Титульный лист (Образец титульного листа определяется Положением об аттестации учебной работы студентов института, и опубликован на сайте www.psysocwork.ru раздел «Учебный процесс» / «самостоятельная работа»).

Устанавливаются следующие требования к **оформлению самостоятельной работы**:

- параметры страницы (210x297 мм) А4;
- интервал полуторный;
- шрифт 12, Times New Roman;
- поля страницы: левое – 2 см, правое – 1,5 см, верхнее – 2 см, нижнее – 2 см.
- все страницы должны иметь сквозную нумерацию арабскими цифрами в верхнем правом углу.

3.1. Задания для самостоятельной работы по каждой теме (разделу) учебно-тематического плана

(общее количество часов отведенных на выполнение самостоятельной работы для очной формы обучения – 76 часов)

1. Какая полезная для психолога информация может быть извлечена из истории болезни ребенка?
2. В чем разница между субъективной и объективной анамнезами?
3. Специфика и задачи психологического и обучающего эксперимента.
4. Понятие структуры дефекта.
5. Перечислить основные разделы психологического заключения и их возможное содержание.
6. Какая информация может быть получена от обследуемого ребенка в ходе наблюдения за ним?
7. Роль оценки игровой деятельности при сборе информации о больном ребенке.
8. Какие слои деятельности ребенка могут привлекаться для дальнейшего контент-анализа?
9. Характеризуйте приемы исследования расстройств кратковременной и опосредованной памяти у детей.
10. Что будет являться признаками функционального недоразвития произвольного компонента мнестической деятельности?
11. Характеризуйте принципы построения классификации расстройств мышления по Б.В.Зейгарник.
12. Каковы критерии снижения интеллекта для показателей методики Векслера?
13. Какой стимульный материал используется в методике Керна_Йиерасека?

14. Какие расстройства мышления могут быть обнаружены при его диагностике с помощью методики «Понимание сюжетных картин»?
15. Тревожные расстройства у детей и методы их выявления
16. С какими проблемами сталкивается исследование эмоциональной сферы больных?
17. При расстройствах какого рода могут наблюдаться признаки снижения эмпатийных характеристик ребенка?
18. Преимущества и недостатки проективных методик в детской психологии.
19. Значение исследования акцентуаций при оценке поведения подростков.
20. Типичные расстройства мышления при расстройствах аутистического спектра.

3.2. Критерии оценки результатов выполнения самостоятельной работы

Оценка самостоятельной работы осуществляется в соответствии с Положением об аттестации учебной работы студентов института в рамках балльно-рейтинговой системы оценки учебной работы студентов.

Баллы БРС присваиваются следующим образом:

- 30 баллов – самостоятельная работа выполнена в срок, в полном объеме, все работы достойны отличной оценки;
- 25 баллов – самостоятельная работа выполнена в срок, в полном объеме, все работы в среднем достойны хорошей оценки;
- 20 баллов – самостоятельная работа выполнена в срок, в полном объеме, все работы в среднем достойны удовлетворительной оценки;
- 10 баллов – самостоятельная работа выполнена в срок, в не полном объеме (не менее 75% заданий), все работы в среднем достойны оценки не ниже хорошей;
- 0 баллов – самостоятельная работа выполнена в срок, в полном объеме, все работы в среднем достойны неудовлетворительной оценки.

РАЗДЕЛ 4. Фонд оценочных средств

4.1. Материалы, обеспечивающие методическое сопровождение оценки качества знаний по дисциплине на различных этапах ее освоения

К основным формам контроля, определяющим процедуры оценивания знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций по дисциплине относится рубежный контроль (тест минимальной компетентности), промежуточная аттестация в форме зачета по дисциплине.

Критериями и показателями оценивания компетенций на различных этапах формирования компетенций являются:

- знание терминов, понятий, категорий, концепций и теорий по дисциплине;
- понимание связей между теорией и практикой;
- сформированность аналитических способностей в процессе изучения дисциплины;
- знание специальной литературы по дисциплине.

Шкала оценивания для зачета

Результаты успешной сдачи зачетов аттестуются оценкой «зачтено», неудовлетворительные результаты оценкой «не зачтено».

«Зачтено» выставляется в случае, если студент продемонстрировал достаточный уровень владения понятийным аппаратом и знанием теории и закономерности учебной дисциплины, решения профессионально-ориентированных задач и междисциплинарных ситуаций.

«Не зачтено» выставляется в случае если студент не продемонстрировал необходимый минимум теоретических знаний и понятийного аппарата, умений решать практические задачи.

4.2. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения дисциплины

Тема (раздел) дисциплины (указывается номер темы, название)	Компетенции по дисциплине
Тема 1. Теоретические предпосылки деятельности детского психолога	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6
Тема 2. Требования к патопсихологическому исследованию детей	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6
Тема 3. Клинические методы исследования в детской патопсихологии	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6
Тема 4. Патопсихологическое исследование памяти и внимания ребенка	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6
Тема 5. Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Патопсихологическое исследование мышления у детей.	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6
Тема 6. Расстройства школьных навыков и способы оценки их серьезности	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6
Тема 7. Исследование личности ребенка в патопсихологии	ОПК-1; ПСК- 4.5, ПСК-4.6

4.3. Описание форм аттестации текущего контроля успеваемости (рубежного контроля) и итогового контроля знаний по дисциплине (промежуточной аттестации по дисциплине)

Рубежный контроль (текущий контроль успеваемости) – задания или иные варианты контроля успеваемости студентов, проводимых преподавателем в процессе изучения дисциплины в форме проверочной (контрольной) работы или теста минимальной компетентности.

Рубежный контроль проводится в форме теста минимальной компетентности, студентам предлагается ответить на 10 закрытых вопросов с выбором одного ответа на каждый.

Тест проводится на занятии, вопросы проецируются на экране, время ответа 35 секунд.

Необходимо ответить на 7 вопросов из 10.

Примерные вопросы:

1. При помрачении сознания не происходит:

- A. Отрешенность от окружающего мира;
- B. Неотчетливость или отсутствие восприятия;
- C. Обострение памяти;
- D. Затрудненность мыследеятельности.

2. Повышение порога восприятия всех стимулов, внешних и внутренних, замедление реакций, обеднение психической жизни характерно для:

- A. Амнезии;
- B. Оглушенного сознания;
- C. Деменции;
- D. Деперсонализации;

3. Состояние, когда больной практически не реагирует на внешние стимулы и болевые раздражители без нарушения физиологических процессов:

- A. Кома;
- B. Оглушенное сознание;
- C. Сопор;
- D. Ступор.

4. Дезориентировка в себя и ситуации наряду с ложной ориентировкой и наплывами ярких образных галлюцинаций характеризует состояние:

- A. Гипермнезии;
- B. Делирия;
- C. Комы;
- D. Сумеречного сознания.

5. Нарушение самосознания, утраты своего «Я», ясного выделения себя из окружающего мира. Во фрагментарных формах – утрата части тела, в глобальных утрата личности, чувство отчуждения характерно для:

- A. Глобальных расстройств сознания;
- B. Делирия;
- C. Деперсонализации;
- D. Сомнамбулизма.

6. Для Корсаковского синдрома характерно:

- A. Воспроизведение прошлого опыта, но не событий сегодняшнего дня;
- B. Амнезия, по отношению к событиям определенного периода, предшествовавшего другому событию;
- C. Конфабуляции;
- D. Интерференция, вызванной нарушением лимбических структур и кортикально-таламической области.

7. Амнезия, при которой происходит забывание на события после шока, травмы, психологического изменения называется:

- A. Антероградная амнезия;
- B. Ретроградная амнезия;
- C. Прогрессирующая амнезия;
- D. Фиксационная амнезия.

8. Особые состояния, когда человек испытывает ощущение знакомости при встрече с незнакомыми объектами (deja vu) относится к:

- A. Гипомнезии;
- B. Псевдамнезии;
- C. Парамнезии;
- D. Гипермнезии.

9. Нейропсихология – это наука о

- A. мозговых механизмах ВПФ на материале локальных поражений
- B. распаде психической деятельности и свойств личности при болезни
- C. решение теоретических и практических задач, связанных с психопрофилактикой заболеваний
- D. нарушениях психических функций
- E. психических факторах происхождения и течения болезни

10. Нарушение психических функций, возникающее вследствие локального поражения головного мозга – это

- A. Нейропсихологический симптом
- B. нейропсихологический фактор

- C. нейропсихологический синдром
- D. функциональное расстройство
- E. нарушение ВПФ

4.4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Промежуточная аттестация по дисциплине является итоговой проверкой знаний и компетенций, полученных студентом в ходе изучения дисциплины.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в виде зачета. Промежуточная аттестация проводится в соответствии с требованиями Положения об аттестации учебной работы студентов института.

Примерные вопросы к экзамену

1. Этические правила работы психолога.
2. Принципы построения психологического исследования детей.
3. Цели проведения психологического исследования в детском возрасте.
4. Основные правила взаимодействия с испытуемым, имеющим психические расстройства.
5. Понятие о субъективном и объективном анамнезах. Психологический смысл сопоставления данных субъективного и объективного анамнезов.
6. Понятие первичного и вторичного дефектов в развитии детской психики.
7. Роль сбора анамнеза как метода психологического исследования детей.
8. Цели проведения психологического исследования в детской психологии..
9. Функциональный и клинический диагнозы.
10. Основные задачи клинической беседы.
11. Влияние семьи на возникновение и течение психических расстройств в детско-подростковом возрасте.
12. Сравнительный анализ диагностических возможностей методик исследования нарушений умственной работоспособности у детей разного возраста.
13. Психологическое обследование детей с задержкой психического развития.
14. Основные направления исследований готовности ребенка к обучению в школе.
15. Основные методы исследования расстройств памяти в детском возрасте.
16. Методика пиктограмм и ее использование в детской психологии.
17. Отбор методов для исследования нарушений мышления у детей.
18. Методы исследования снижения и искажения процессов обобщения.

19. Приемы опосредованного изучения личности.
20. Опросники и проективные методики как приемы исследования личности ребенка.
21. Возрастные ограничения, накладываемые на использование психодиагностических методик.
22. Невротические расстройства у детей. Методы исследования эмоционального состояния испытуемого.
23. Причины и динамика депрессивных расстройств в детском возрасте.
24. Исследование самооценки и уровня притязаний в контексте патопсихологического обследования детей с различными формами дизонтогенеза.
25. Графические методы в детской патопсихологической диагностике. Сложности ведения исследования и интерпретации результатов.
26. Принципы и программа проведения патопсихологического обследования детей и подростков с диагнозами: «шизофрения», «эпилепсия». Описание ожидаемой структуры дефекта при указанных расстройствах.
27. Требования к составлению заключений по данным патопсихологического обследования детей с целью описания структуры дефекта.
28. Использование статистических методов для характеристики отклонений в психической деятельности.
29. Принципы и программа проведения патопсихологического обследования больных детей при решении задач дифференциальной диагностики: шизофрения или органическое поражение ЦНС, шизофрения или циклотимия, шизофрения или тревожное расстройство.
30. Требования к составлению заключения по данным патопсихологического обследования больных при решении задач дифференциальной диагностики.

Примеры типовых заданий в форме теста для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Пример типового практико-ориентированного задания

РАЗДЕЛ 5. Глоссарий

Абазия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и basis – основа, опора) – двигательное расстройство, состоящее в утрате способности стоять и ходить при отсутствии органич. повреждений.

Абулия (греч. abulia – нерешительность) – психопатологический синдром, состоящий в нарушении волевой регуляции поведения. Наблюдается при нек-рых психич. заболеваниях (в частности, шизофрении), а также как следствие поражения лобных долей Головного мозга. В

состоянии А. больные отличаются вялостью, отсутствием побуждений к деятельности (хотя необходимость тех или иных действий может ими отчетливо осознаваться). Нерезко выраженная А. иногда наблюдается при неврозах. Постановка диагноза требует различения А. и слабоволия как следствия неправильного воспитания.

Аггравация (от лат. *aggravatio* – отягощение) – субъективное преувеличение тяжести реально существующего заболевания или дефекта. Нередко выступает симптомом психич. нарушений, в частности психопатий. У аномальных детей может иметь невротический характер, т. е. возникать в результате психич. травмы, в частности хронической – при постоянном акцентировании внимания на дефекте. Успешная коррекционно-воспитательная работа с аномальными детьми значительно снижает вероятность возникновения А.

Агнозия (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *gnosis* – познание) – нарушение восприятия, возникающее при поражении коры больших полушарий головного мозга. Различают зрительную (оптическую), слуховую (акустическую) и осязательную (тактильную) А. Больной, страдающий А., хотя и не утратил остроты зрения, слуха или осязательной чувствительности, становится не способен узнавать предметы и их изображения, а также звуки (в частности, звуки речи). Возникновение А. в дет. возрасте вызывает серьезные отклонения в психич. развитии. При зрительной А. ребенок оказывается дезориентированным в окружающей среде, что может привести к отставанию в умственном развитии. При слуховой А. возникают отклонения в развитии речи и как следствие – затруднения в освоении чтения и письма. Корректирующее обучение осуществляется с опорой на сохранные анализаторы.

Аграмматизм (от греч. *agrammatos* – нечленораздельный) – нарушение речевой деятельности, выражающееся в неправильном использовании грамматиц. системы языка. Различают импрессивный А. – ошибки в понимании значения грамматиц. конструкций, а также экспрессивный А. – ошибки в грамматиц. оформлении активной речи. А. возникает вследствие поражения определенных (речевых) зон коры головного мозга. Обычно является симптомом афазии; у детей наблюдается при алалиях. Явления А. могут быть компенсированы в результате спец. восстановительного обучения.

Термин «А.» употребляется также для характеристики ошибок в грамматиц. оформлении речи умственно отсталых детей, страдающих речевым недоразвитием.

Аграфия (от греч. *a-* – приставка со значением отрицания и *grapho* – пишу) – нарушение письма. Как правило, А. обусловлена поражением речевого отдела коры больших полушарий головного мозга и является симптомом речевых расстройств, связанных с нарушениями звукового анализа слов и овладения звуковым составом слова. У детей А. может выступать одним из проявлений алалии или афазии. А. необходимо отличать от ошибок при письме,

характерных для детей с нарушениями слуха. Компенсация А. осуществляется с опорой на зрительные и кинестезич. ощущения звукопроизношения.

Акалькулия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и лат. calculatio – счет, вычисление) – нарушение способности к осуществлению счетных операций. Возникает при поражении различных областей коры головного мозга. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм А., к-рые проявляются по-разному: в нарушении понимания разрядного строения числа (первичная А.), при афазии – в нарушениях акустического или зрительного восприятия названий цифр или цифровых символов (вторичная А.), в нарушении произвольного контроля за протеканием умственных действий. А. наблюдается при нек-рых формах олигофрении.

Акинез, (от греч. о- – приставка со значением отрицания и kinesis – движение) – полная утрата двигательной активности; крайне выраженная форма гипокинезии.

Акцентуация характера – чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенному роду психотравмирующим воздействиям при устойчивости к другим. А. х. граничит с психопатией.

Алалия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и lalia – речь) – отсутствие или ограничение способности пользоваться речью при сохранном слухе и интеллекте. Проявляется в стойком недоразвитии механизмов владения фонетико-фонематическими, лексическими и грамматическими средствами языка. Возникает в результате недоразвития или поражения (при травмах, энцефалите и др.) в доречевом периоде развития речевых зон коры больших полушарий головного мозга.

Различают моторную и сенсорную А. (последняя встречается значительно реже; иногда наблюдается смешанная форма – сенсомоторная А.). Моторная А. характеризуется преимущественным недоразвитием звуковой (экспрессивной) стороны речи при достаточно сохранном ее понимании. При сенсорной А. отсутствует понимание речи, вследствие чего не происходит овладение ею.

При А. ограничение речевого общения приводит к вторичному недоразвитию высших психич. функций (внимания, памяти, мышления). Постановка диагноза требует разграничения А. и вторичных речевых нарушений при умственной отсталости и дефектах слуха. Коррекционное обучение при А. осуществляется преимущественно в спец. школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Алексия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и лат. lego – читаю) – расстройство речи, выражающееся в неспособности к чтению, а также к усвоению навыков чтения. Встречается относительно редко по сравнению с менее выраженной формой –

дислексией. Возникает при поражении коры головного мозга, в частности как проявление алалии или афазии. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм А.

Амия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и *mimicos* – подражательный) – полное отсутствие выразительных движений лица; крайне выраженная форма гипомимии.

Амнезия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и *тпете* – память) – расстройство памяти, неспособность к воспоминанию. Выступает проявлением патологич. состояния мозга, к-рое может быть вызвано как физич. нарушениями, так и психогенными воздействиями. Различают общую и частичную А. Общая А. – глубокое расстройство памяти – проявляется в полной неспособности как вспомнить какое-либо событие или факт из прошлого опыта, так и запомнить что-либо новое. Частичная А. охватывает круг событий, предшествовавших нарушению мозговой деятельности (ретроградная А.) либо последовавших непосредственно за ним (антсроградная А.). Так называемая фиксационная А. охватывает события и явления, эмоционально связанные с психотравмирующей ситуацией. А. следует отличать от гипомнезии – ослабление памяти, к-рое нередко сопутствует ЗПР или олигофрении.

Амузия (от греч. а- – приставка со значением отрицания и *musicos* – музыкальный) – нарушение способности воспринимать (сенсорная А.) и исполнять (моторная А.) музыку. Возникает при поражении височных отделов коры головного мозга. Нередко сочетается со слуховой агнозией, когда больной перестает различать бытовые звуки и шумы. А. следует отличать от нарушений психич. деятельности в целом, а также от нарушения слуха.

Анамнез (от греч. *anamnesis* – воспоминание) – совокупность сведений об условиях возникновения и протекания болезни, получаемых от самого больного, а также его близких с целью постановки и уточнения диагноза.

Анартрия (от греч. *anarthros* – нечленораздельный) – нарушение артикуляции, делающее практически невозможной членораздельную речь; крайне выраженная степень дизартрии.

Астереогнозия, (от греч. а- – приставка со значением отрицания, *stereos* – твердый и *gnosis* – знание) – форма агнозии, неспособность распознавать на ощупь знакомые предметы. Возникает вследствие поражения теменных отделов головного мозга. Диагноз А. ставится лишь тогда, когда не вызывает сомнения сохранность иных видов чувствительности.

Афазия (от Греч. а- – приставка со значением отрицания и *phasis* – высказывание) – нарушение речи, проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций артикуляционного аппарата и слуха. Возникает при органич. поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных заболеваний и травм, опухолей, воспалительных процессов. В отличие от ополчи при А. нарушается функция уже сформировавшейся речевой системы. Существуют различные классификации А. в зависимости от симптоматики и локализации поражения (напр., в

нейропсихологич. классификации, разработанной А. Р. Лурией, выделяется 7 форм А.). Наиболее распространенная обобщенная классификация выделяет 2 основные формы (группы) А. – моторную и сенсорную. При моторной А. поражается двигательный речевой центр (центр Брока), что приводит к нарушению всех или нек-рых компонентов экспрессивной речи при достаточной сохранности понимания. При сенсорной А. поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике); эта форма характеризуется первичным нарушением понимания речи и вторичным – экспрессивной, речи. Кроме моторной и сенсорной А. выделяют амнестическую А., к-рая не может быть строго отнесена к двум основным формам. Амнестическая А. встречается редко, механизм этого нарушения мало изучен. Выражается в забывании названий предметов.

У детей А. вызывает вторичную ЗПР, к-рую необходимо отличать от олигофрении. Восстановление речи при А. осуществляется спец. пед. (логопедическими) и нейропсихологическими методами на основе использования функции сохранных анализаторов.

Векслера тест – набор заданий для оценки умственных способностей, один из наиболее распространенных методов диагностики интеллекта. Разработан Д.Векслером в 1937 г. В настоящее время употребляется модифицированный вариант образца 1974 г. – «Шкала Векслера для измерения интеллекта у детей». Содержит наряду с вербальными (словесными) заданиями задачи на конструирование, разгадывание лабиринтов и т. п. На основании результатов выполнения теста вычисляется коэффициент интеллекта. Как и аналогичные методики (см. Тесты психологические), дает достаточно адекватную оценку наличному уровню развития интеллекта, но не может служить основанием прогноза умственного развития.

Вильямса синдром – редкая наследственная аномалия, для к-рой характерно специфич. сочетание умственной отсталости, врожденного порока сердца и своеобразного строения лица (последним определяется еще одно название синдрома – «лицо эльфа»). Интеллектуальные нарушения начинают заметно проявляться примерно на третьем году жизни и часто сочетаются с двигательной недостаточностью.

Гебефрения – форма шизофрении, возникающая в период полового созревания. Впервые описана под этим названием в 1860–70-х гг. К. Л. Кальбаумом и Э. Геккером. Подростков, страдающих Г., отличает нелепость поведения, манерность жестов и речи, безответственность. Обострение болезни чревато отставанием в интеллектуальном развитии (см. Олигофренический плюс).

Гипердинамический синдром (от греч. hyper – чрезмерно и dynamis – сила), синдром двигательной расторможенности – наиболее распространенное проявление раннего поражения ЦНС, выражающееся в чрезмерной активности, суетливости, раздражительности, неспособности к целенаправленному и организованному поведению. Заметно усиливается при утомлении и

соматич. заболеваниях. Наиболее выражен у детей, страдающих церебрастенией, у которых повышенная утомляемость препятствует произвольной регуляции поведения. Обычно проходит к 11–12 годам, но в подростковом возрасте возможны обострения. Дети с Г. с. требуют особого подхода – дозирования нагрузок, смены видов деятельности.

Дебильность – наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебиллов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. Усвоение учебного материала по любому предмету школьной программы для дебиллов чрезвычайно сложно. Напр., овладевая письменной и устной речью, понятием числа и навыками счета, они испытывают большие затруднения в понимании связей между звуком и буквой, множеством и его числовым выражением и т. п. Все это физиологически обусловлено недоразвитием аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности, нарушениями фонематического слуха и фонетико-фонематического анализа. Отсутствие умения устанавливать адекватные причинно-следственные зависимости приводит к серьезным затруднениям даже в понимании и решении относительно простых математич. задач.

Дети-дебиллы нуждаются в спец. обучении. За 9 лет они осваивают учебный материал, приблизительно соответствующий программе начальной общеобразовательной школы. Соматич. нарушения, общая физич. ослабленность (особенно на ранних годах обучения), нарушения моторики, свойственные большинству детей-дебиллов, а также особенности эмоционально-волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения в значительной степени ограничивают круг их последующей профессионально-трудовой деятельности.

В последние годы предпринимаются попытки провести более дифференцированную оценку степени умственной отсталости. Выделяются легкая Д., средняя Д., выраженная Д. Такого рода оценка может иметь большое практич. значение, позволяя более точно и эффективно организовать учебно-воспитательный процесс. Однако критерии такого подразделения до настоящего времени четко не сформулированы.

Деменция (от лат. *dementia* – безумие) – стойкое и, как правило, необратимое ослабление интеллектуальной деятельности в сочетании с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы. В дет. возрасте после некоего периода нормального развития ребенка Д. возникает при органич. поражениях мозга вследствие воспалений, ушибов и т. п., а также при шизофрении и эпилепсии. Разграничение Д. и олигофрении в раннем возрасте затруднено тем, что любое поражение мозга приводит не только к распаду сформированных функций, но и к отставанию психич. развития в целом. При возникновении Д. у детей старше трех лет установить диагноз значительно проще.

Специфика интеллектуального дефекта при Д. заключается в неравномерной недостаточности познавательной функции. Лечение основного заболевания позволяет добиться частичной компенсации интеллектуального дефекта, Так же как олигофрены, дети, страдающие Д., обучаются в спец. образовательных учреждениях в зависимости от степени интеллектуальных нарушений.

Депрессия (от лат. depressio – подавление, угнетение) – болезненное психич. состояние, проявляющееся в переживаниях тоски и отчаяния на фоне эмоциональной, интеллектуальной и двигательной заторможенности. Д. сопутствует многим психич. заболеваниям. У аномальных детей и инвалидов может выступать как реакция на тяжелую жизненную ситуацию, обусловленную дефектом. Иногда Д. сопутствуют бред и аутоагрессия. Лечение медикаментозное и психотерапевтическое.

Различают функциональные состояния Д., возможные при нормальном психич. функционировании, и патологическую Д., являющуюся одним из основных психиатрич. синдромов. Употребление же в обыденной речи слова «Д.» как синонима плохого настроения является неоправданной метафорой.

Дислалия (от греч. dis- – приставка, означающая расстройство, и lalia – речь) – нарушение произношения звуков и их сочетаний, вызванное анатомич. дефектами артикуляционного аппарата (механическая Д.), неблагоприятными условиями развития речи либо нарушениями фонематического восприятия (функциональная Д.). Крайне выраженная форма – алалия. Коррекция Д. осуществляется при помощи спец. логопедич. упражнений, направленных на формирование навыков произношения и слухового различения звуков, устранение недостатков речевой моторики, предупреждение возможных нарушений чтения и письма.

Дислексия (от греч. dis- – приставка, означающая расстройство, и lego – читаю) – нарушение чтения, вызванное поражением или недоразвитием речевых отделов ЦНС. Дети, страдающие Д., испытывают затруднения в восприятии и понимании текстов, что выражается в замедленном характере чтения, частых несовпадениях воспроизводимого текста и оригинала. Д. связана с общими нарушениями в развитии речи, что обуславливает комплексный характер коррекционной работы. Крайне выраженная форма Д. – алексия.

Дисморфофобия (от греч. dis- – приставка, означающая расстройство, morphē – вид, форма и phobos – страх) – болезненное переживание своего физического несовершенства, недостатков внешности, в подавляющем большинстве случаев не имеющее реальных оснований. Впервые явления Д. изучены и подробно описаны П. Жане в начале XX в.

Д. возникает у подростков; в зрелом возрасте встречается крайне редко и представляет собой проявление некомпенсированного юношеского заболевания. Явления Д., возникающие

на фоне невротических пограничных состояний, успешно преодолеваются при правильном лечении.

Д. следует отличать от явлений искажения самооценки при реальных физических дефектах. Иное название, иногда употребляемое для обозначения данного расстройства, – синдром Квазимодо. Оно, однако, не вполне адекватно: Квазимодо – персонаж романа В. Гюго «Собор Парижской Богоматери» – испытывал тяжкие душевные страдания из-за своего уродства, к-рое вызывало к нему недоброжелательное отношение окружающих. Страдающие же Д. подростки, как правило, не имеют достаточных объективных оснований для своих отрицательных переживаний.

По мнению нек-рых дет. психиатров (М. В. Коркина, М. И. Буянов), предпочтительно использование термина «дисморфомания», т. к. данное явление характеризуется не столько симптомами страха (фобия), сколько бреда (мания),

ЗПР – особый тал аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка. Может быть вызвана различными причинами: дефектами конституции ребенка (гармонический инфантилизм), соматическими заболеваниями, органическими поражениями ЦНС (минимальная мозговая дисфункция.). У детей с ЗПР отмечается сниженная работоспособность вследствие возникающих у них явлений церебрастении, психомоторной расторможенное, возбудимости. Познавательная деятельность у таких детей характеризуется низким уровнем активности и замедлением переработки информации. Вместе с тем у них не нарушены абсолютные пороги чувствительности, различительные возможности слуха и зрения. Дефекты восприятия обнаруживаются при усложнении воспринимаемых объектов или в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объектов и т. п.). Внимание характеризуется неустойчивостью, память ограничена в объеме и непрочна. Наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое. Имеются также легкие нарушения речевых функций. ЗПР особенно ярко проявляется в начале школьного обучения, когда обнаруживаются недостаточность знаний и представлений об окружающем мире, незрелость эмоциональной сферы и мотивации (отсутствие познавательных и преобладание игровых мотивов), несформированность произвольного поведения, отставание в развитии речи. Детей с ЗПР нередко ошибочно относят к олигофренам. В отличие от шизофрении, при к-рой наблюдается устойчивое общее недоразвитие психики, у детей с ЗПР недоразвитие высших психич. функций носит временный характер. Правильный диагноз можно поставить с учетом того, что дети с ЗПР всегда способны использовать помощь, оказанную в процессе работы, усваивают принципы решения задачи. Это показывает, что они обладают полноценными возможностями

для дальнейшего развития. Дети с ЗПР могут обучаться в спец. школе особого типа и классах при массовой школе.

Идиотия – самая глубокая степень умственной отсталости. Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего, их речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще. Дети-идиоты имеют нарушения (иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежачему образу жизни) моторики, координации движений и праксиса, ориентировки в пространстве. У них крайне трудно и медленно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические. Часто эти навыки не формируются вообще. Дети-идиоты не обучаются и находятся (с согласия родителей) в спец. учреждениях (дет. домах для глубоко умственно отсталых) системы Министерства социальной защиты, где осуществляется необходимая мед. помощь, наблюдение и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в спец. интернаты для хроников. Государственная система помощи этим детям не исключает их воспитание в семье при установлении опеки.

Имбецильность – более легкая по сравнению с идиотией степень умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Однако наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении они, как и идиоты, являются недееспособными и над ними устанавливается опека. До достижения совершеннолетия эти дети находятся в спец. дет. домах для глубоко умственно отсталых. В последние годы установлено, что часть детей-имбецилов способны овладеть определенными знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанной для них программы.

Истерия – заболевание, относящееся к группе неврозов и проявляющееся в различных психич. отклонениях, нарушениях двигательной сферы и функций внутренних органов и др. Дети, склонные к И., как правило, возбудимы, капризны, способны на противоречивые действия. Болезнь проявляется в повышенной раздражительности в сочетании с волевыми расстройствами (абулия). При И. часто возникают характерные припадки, к-рые следует отличать от эпилептических. Возможны также функциональные расстройства речи, зрения, слуха, двигательной сферы. Лечение проводится преимущественно методами психотерапии.

Каннера синдром – психич. расстройство с преобладающим нарушением двигательной деятельности. Сопутствует шизофрении и психозам. Проявляется в виде двух сменяющихся форм – обездвиженность и возбуждение. Устранение К. зависит от эффективности лечения основного заболевания.

Клайнфельтера синдром – заболевание, обусловленное нарушением числа половых хромосом. Впервые описан Г. Клайнфельтером с соавторами в 1942 г. Встречается с частотой 1:500 исключительно у лиц мужского пола. У больных имеется 47 хромосом за счет включения дополнительной X-хромосомы. Внешне больных отличает диспропорциональное евнухоидное телосложение. Для К. с. характерны нарушения в половой сфере. В зависимости от степени хромосомных нарушений у больных проявляется умственная отсталость (преимущественно – дебильность) в сочетании с характерными личностными особенностями: инфантильность, повышенная внушаемость, склонность к невротич. реакциям и т. п. При неосложненных формах олигофрении наблюдается положительная динамика интеллектуального развития.

Минимальная мозговая дисфункция – нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Возникает главным образом в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов (см. Асфиксия новорожденных). Поскольку в данном случае отсутствуют грубые органич. повреждения, диагноз, как правило, ставится не сразу после рождения. Наиболее частое проявление М. м. д. – гипердинамический синдром.

Неврастения – одна из форм невроза, характеризующаяся нарушениями мотивационно - волевой сферы: робостью, пассивностью, неуверенностью в себе. Отрицательные переживания при Н. приводят к вегетососудистой дистонии, нарушениям функций внутренних органов. Лечение, направленное на купирование соматич. симптомов, как правило, малоэффективно; действенный эффект достигается снятием внутреннего конфликта психогенного характера.

Неврозы (от греч. *νευρον* – нерв) – психогенные (вызванные вне-пйшм психотравмирующим воздействием) заболевания личности, в основе к-рых лежит нерационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее явлениями действительности, приводящее к болезненным переживаниям неудовлетворенности. Н. составляют до 45% от общего числа нервно-психич. отклонений в дет. возрасте; преобладают у мальчиков; чаще возникают в рамках критических возрастов (см. Кризисы возрастные). По данным отечественных исследователей, основным фактором, обуславливающим возникновение И. у детей, является дисгармония семейных отношений, нарушения в системе воспитания. Проявления Н. разнообразны: невротич. природу могут иметь заикание, энурез, фобии и др. Лечение проводится в основном методами психотерапии, направленной на смягчение и устранение последствий психич. травмы.

Невропатия, врожденная детская нервность – болезненное состояние, вызванное нарушением функций вегетативной нервной системы. Причины возникновения Н. разнообразны, однако предполагается, что Н. главным образом возникает вследствие нарушений развития ЦНС во внутриутробном периоде. По некоторым наблюдениям,

встречается почти вдвое чаще у мальчиков, чем у девочек. Диагностируется уже на ранних этапах развития на основании следующих показателей: нарушение сна и вскармливания, недостаточная регуляция физиологич. отправлений, контрастность поведения и эмоциональная нестабильность, повышенная двигательная активность, предрасположенность к аллергии, чрезмерная чувствительность, а также нарушения терморегуляции. Дети, страдающие Н., обычно предрасположены к неврозам и закреплению вредных привычек. При правильном воспитании Н. обычно проходит к началу школьного возраста.

Олигофрения – недоразвитие сложных форм психической деятельности, обусловленное патологической наследственностью, органическим поражением ЦНС во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития (возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает отличную от О. структуру дефекта). При О. органическая недостаточность мозга носит непрогрессирующий характер. Поэтому дети-олигофрены способны к развитию, к-рое подчинено общим закономерностям психич. развития ребенка, но имеет специфич. особенности, обусловленные типом нарушения ЦНС. При тяжелых формах О. отмечается ряд анатомич. изменений мозга: малое количество нервных клеток, недостаточное развитие извилин, утолщение оболочек мозга и т. д. Часто наблюдается остаточная гидроцефалия, приводящая к патологическому развитию нервных клеток. При О. нарушается высшая нервная деятельность, особенно подвижность нервных процессов: временные связи становятся инертными и их переделка, а также выработка новых затрудняются. Нарушения познавательной деятельности проявляются в узости и недифференцированности восприятия окружающих предметов и пространственных отношений, в трудности логического запоминания и воспроизведения воспринятого и заученного. Недоразвито наглядно-образное и словесно-логич. мышление, затруднены сложные формы анализа и синтеза.

По степени недостаточности интеллекта различают три группы О. Наиболее тяжелая – идиотия. Дети-идиоты нуждаются в постоянном наблюдении и уходе и направляются в учреждения Министерства социальной защиты. Менее тяжелая степень О. – имбецильность. Детям-имбецилам при правильном воспитании удастся привить элементарные навыки труда и самообслуживания. Однако способность самостоятельно ориентироваться в жизни у них ограничена, они нуждаются в постоянной опеке. Наиболее легкая форма О. – дебильность. Дети-дебилы составляют основную массу учащихся вспомогательных школ. В процессе обучения и воспитания они достигают достаточного уровня развития, чтобы приспособиться к общественно полезной трудовой деятельности, овладеть несложной профессией и вести впоследствии самостоятельную жизнь. Среди детей-олигофренов встречаются и такие, у к-рых

общее недоразвитие сочетается с тяжелыми нарушениями слухоречевой системы или с двигательными расстройствами. В этих случаях наряду с общими задачами обучения и воспитания выступает спец. задача компенсации дополнительного дефекта.

Патологическое формирование характера – негативное изменение характера ребенка под влиянием хронической психотравмирующей ситуации, дефектов воспитания. Нередко встречается у аномальных детей как следствие переживания ребенком своего дефекта. Необходимо отличать П. ф. х. от психопатии.

При устранении или смягчении психотравмирующей ситуации, создании благоприятных условий развития личности явления практически полностью компенсируются.

Психогении (от греч. *psyche* – душа и *gemaio* – порождаю) – расстройства психики, возникающие в результате психич. травм. В качестве последней может выступать единовременная ситуация острого нервно-психич. напряжения, вызванная неблагоприятными внешними условиями, а также длительная ситуация, характеризующаяся накоплением напряжения под воздействием мелких раздражителей. П. чаще возникают на фоне ослабленного организма и нервной системы (в частности, вследствие заболевания). П. подразделяют на различные по составу группы: реактивные состояния (реактивные психозы) и неврозы. К П. относятся также дидактогении.

Психозы (от греч. *psyche* – душа) – глубокие расстройства психической деятельности, проявляющиеся в нарушении отражения реальной действительности и в своеобразных отклонениях от нормального поведения. Иногда проявляются на фоне наследственной предрасположенности, а также могут возникать вследствие психич. травмы. Чаще в основе П. лежит органич. поражение головного мозга. Конкретные симптомы разнообразны. Изучение и лечение П. входят в область психиатрии.

Психопатия (от греч. *psyche* – душа, *pathos* – болезнь) – психическое заболевание (патология характера), развивающееся с раннего возраста. (Некоторые психиатры считают отнесение П. к психич. заболеваниям условным и расценивают П. как «органичное состояние» на грани нормы и патологии.)

П. может быть обусловлена как наследственностью (генетически), так и неблагоприятными условиями пренатального развития или родовой травмой, перенесенным в раннем возрасте энцефалитом. Различают четыре формы П.: стеническая (повышенная раздражительность и быстрая истощаемость); возбудимая (неадекватность эмоциональных реакций); истерическая (повышенная эмоциональная подвижность, эгоцентризм); паранойяльная (завышенная самооценка, склонность к сверхценным идеям, мнительность и т. п.). П. характеризуется сочетанием трех основных признаков: стабильность характерологических черт во времени, тотальность их проявления во всех жизненных

ситуациях, социальная дезадаптация (П. Б. Ганнушкин, О. В. Кербиков). Выраженные формы П. встречаются довольно редко. Менее выраженные вызывают значительные трудности при постановке диагноза (отличие от психопатоподобных состояний, акцентуации характера и т. п.). П. усугубляется неправильным воспитанием и нуждается в спец. лечении.

Психопатоподобные состояния – болезненные нарушения характера, возникающие на почве травм и инфекционных заболеваний ЦНС, перенесенных в детском возрасте. Проявляются в повышенной раздражительности, двигательной расторможенности в сочетании со сниженной работоспособностью. В отличие от психопатии не затрагивают основных структур личности и в меньшей мере снижают социальную адаптацию. Постановка диагноза требует квалифицированного различия от психопатий.

Синдром (от греч. syndrome – скопление, стечение) – определенное сочетание признаков болезни (симптомов), обусловленных единым происхождением. В совр. медицине выделяют около 1500 С.; многие из них названы именами первооткрывателей.

Судороги – произвольные сокращения мышц, характеризующиеся высокой степенью их напряжения. Различают тонические С. – длительное напряжение мышц, и клонические С. – кратковременные толчкообразные сокращения. С. возникают спонтанно как реакция на определенные внешние и внутренние раздражители; могут быть следствием эпилепсии, органич. поражений головного мозга. У детей легко возникают в раннем возрасте (что обусловлено незрелостью ЦНС) под влиянием инфекций, травм, психогенных воздействий. Существуют спец. противосудорожные препараты, к-рые назначаются врачом параллельно с курсом лечения основного заболевания, вызвавшего С.

Эхопраксия – автоматическое повторение движений и действий других людей. Чаще проявляется в форме подражательного повторения несложных действий, к-рые совершаются непосредственно перед глазами больного. Наиболее выражена при шизофрении; встречается также при глубокой умственной отсталости. Разновидность Э. – эхолоалия.

РАЗДЕЛ 6. Информационное обеспечение дисциплины**6.1. Перечень рекомендуемой литературы, необходимой для освоения дисциплины**

№	Наименование издания	Тема 1	Тема 2	Тема 3	Тема 4	Тема 5	Тема 6	Тема 7
Основная литература								
1	Бардышевская, М. К. Диагностика психического развития ребенка : практическое пособие / М. К. Бардышевская. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 153 с. — (Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-11068-5. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/444437	+	+	+	+	+	+	+
2	Зверева, Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста : учебное пособие для бакалавриата и специалитета / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 222 с. — (Бакалавр и специалист). — ISBN 978-5-534-08286-9. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/424741	+	+	+	+	+	+	+
3	Чиркова, Ю. В. Проективные методы в диагностике нарушений развития личности в детском возрасте : учебное пособие для вузов / Ю. В. Чиркова, Т. А. Колосова. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 218 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-05895-6. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/441308	+	+	+	+	+	+	+
Дополнительная литература								
1	Астапов, В. М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Электронный ресурс]: учеб. пособие для вузов / В. М. Астапов. — М.: Юрайт, 2019. — 161 с. — Режим доступа: www.biblio-online.ru/book/96832EE2-FE03-4219-BB63-547D60336ED1 .	+	+	+	+	+	+	+
2	Детская патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия: учебное пособие / Сост. Н. Л. Белопольская. - Москва: Когито-Центр, 2010. - 351 с. — Режим доступа: https://ibooks.ru/reading.php?productid=29571	+	+	+	+	+	+	+
3	Колесник, Н. Т. Нейро- и патопсихология. Патопсихологическая диагностика : учебник для академического бакалавриата / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова ; под редакцией Г. И. Ефремовой. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 240 с. — (Бакалавр. Академический курс. Модуль). — ISBN 978-5-9916-9643-2. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/433704	+	+	+	+	+	+	+
4	Максимова Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: учебное пособие / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милюткина. - Ростов н/Д: Феникс, 2000. - 576 с.	+	+	+	+	+	+	+
5	Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология: учебное пособие / Л. Пожар. - М.: Ин-т практической психологии ; Воронеж: МОДЭК, 1996. - 128 с.	+	+	+	+	+	+	+

6.2. Перечень ресурсов информационно-коммуникационной сети «Интернет», используемых при освоении дисциплины

1. Научный центр психического здоровья_ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ncpz.ru/>

2. ПСИ-ФАКТОР [Электронный ресурс]: центр по научной и практической психологии. – Режим доступа: <http://psyfactor.org>

6.3. Перечень программного обеспечения, профессиональных баз данных и информационных справочных систем, необходимых для изучения дисциплины

В рамках дисциплины используется следующее лицензионное программное обеспечение: MS OFFICE – Word, Excel, PowerPoint.

В учебном процессе используются следующие информационные базы данных и справочные системы:

EastView [Электронный ресурс]:informationservices. – Электрон.текстовые дан. – Режим доступа:<https://dlib.eastview.com/browse/udb/12> . – Загл. с экрана.

Ibooks.ru [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – Электрон.текстовые дан. – Режим доступа:<https://ibooks.ru> – Загл. с экрана.

Гарант [Электронный ресурс]: информационно-правовое обеспечение. – Электрон.текстовые дан. – Режим доступа: <http://cloud.garant.ru/#/startpage:0>. – Загл. с экрана.

Электронная библиотека СПбГИПСР [Электронный ресурс]. – Электрон.текстовые дан. – Режим доступа: http://lib.gipsr.ru:8087/jirbis2/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=456– Загл. с экрана.

Электронный каталог библиотеки СПбГИПСР [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: http://lib.gipsr.ru:8087/jirbis2/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=435 . - Загл. с экрана.

ЮРАЙТ [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – Электрон.текстовые дан. – Режим доступа:<https://biblio-online.ru/> – Загл. с экрана.

Заведующая библиотекой

_____ Г.Л. Горохова
(подпись, расшифровка)