

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования

**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им.  
В.П.  
Астафьева»**  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Кафедра-разработчик  
Кафедра специальной психологии

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

**КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Направление подготовки:  
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Направленность (профиль) образовательной программы Специальная  
психология в образовательной и медицинской практике


Квалификация (степень) выпускника

**БАКАЛАВР**

Красноярск, 2023

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 4CD9D374E2F69F6DB7FF82363E44AD3B  
Владелец: Холина Мария Валерьевна  
Действителен: с 14.04.2023 до 07.07.2024

Рабочая программа дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений» составлена кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры специальной психологии Потылицевой В.Ю. 

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании выпускающей кафедры специальной психологии


протокол № 9 от 08 мая 2019 г.

Заведующий кафедрой  С.Н. Шилов

Одобрено научно-методическим советом специальности (направления подготовки) института социально-гуманитарных технологий

Протокол № 9 от 22 мая 2019 г.

Председатель НМСС (Н)  С.Н. Шилов

Рабочая программа дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений» актуализирована кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры специальной психологии Потылицевой В.Ю. 

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании выпускающей кафедры специальной психологии

протокол № 9 от 12 мая 2021 г.

И.о. заведующий кафедрой



Е.А. Черенева

Одобрено НМСС(Н) ИСГТ

протокол № 8 от 21 мая 2021 г.

Председатель НМСС (Н)



О.Л. Беяева

Рабочая программа обсуждена и одобрена на заседании кафедры специальной психологии ИСГТ КГПУ им. В.П.Астафьева  
протокол № 8 от «5» апреля 2023 г.

и. о. зав. кафедрой



Е. А. Черенёва

Одобрено НМСС(Н) ИСГТ  
протокол № 8 от «19» апреля 2022 г.

Председатель НМСС (Н)



О. Л. Беляева

Рабочая программа обсуждена и одобрена на заседании кафедры специальной психологии ИСГТ КГПУ им. В.П.Астафьева  
протокол № 10 от «4» мая 2022 г.

и. о. зав. кафедрой Е. А. Черенёва

Одобрено НМСС(Н)



ИСГТ

протокол № 9 от «11» мая 2022 г.

Председатель НМСС (Н)



Е. П. Кунстман

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1. Рабочая программа по дисциплине «Клиника интеллектуальных нарушений» отвечает требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО) по направлению подготовки 44.03.03 специальное (дефектологическое) образование (уровень бакалавриата), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2018 г. № 123 и профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 октября 2013 г. № 544н.

Рабочая программа по дисциплине «Клиника интеллектуальных нарушений» включает пояснительную записку, организационно-методические материалы, компоненты мониторинга учебных достижений обучающихся и учебные ресурсы.

Данная дисциплина «Клиника интеллектуальных нарушений» включена в список дисциплин вариативной части Б1.ВДП.02.04 в 7 семестре (4 курс) учебного плана по очной форме обучения.

2. **Трудоемкость дисциплины** составляет 3 з.е., 108 часов общего объема времени. Форма промежуточной аттестации - экзамен, демонстрационный экзамен.

3. **Цель освоения дисциплины:** формирование у обучающихся общекультурных и профессиональных компетенций, направленных на теоретическое освоение общепатологического подхода к оценке интеллектуальных нарушений и практическое использование профессиональных знаний об основных формах интеллектуальной недостаточности, теоретических знаний о клинических формах интеллектуальной недостаточности, понимания состояний обратимого, необратимого и прогрессивного течения и этиологии и патогенеза данных состояний, а также подготовка к принятию квалифицированных решений в области профессиональной деятельности.

#### 4. *Планируемые результаты обучения*

Задачи освоения дисциплины	Планируемые результаты обучения по дисциплине (дескрипторы)	Код результата обучения (компетенция)
Научить применять программы и методы для гармонизации психического функционирования и предупреждения отклонений в развитии.	Уметь применять программы и методы, направленные на гармонизацию психического функционирования человека и предупреждение отклонений в социальном и личностном статусе и развитии, разрабатывать программу психологического обследования субъектов труда и их деятельности в связи с конкретным социальным заказом; владеть навыками анализа последствий влияния на человека профессиональной деятельности, а также стандартными программами, профилактики отклонений в социальном и личностном статусе и развитии, навыками проведения психологического анализа конкретных видов труда, профессиональных задач и ситуаций; разработки психологического портрета профессионала	Способен использовать психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями ОПК-6

<p>Обучить основным теориям описывающие закономерности функционирования и развития психики с последующим применением в практической деятельности с учетом подбора программ обучения.</p>	<p>Знать систему психологических категорий и методов, необходимых для профессии; анализировать психологические теории, описывающие закономерности функционирования и развития психики, анализировать и сопоставлять психологические теории, описывающие влияние на функционирование и развитие психики личностных, возрастных и социальных факторов с реальной ситуацией, возникающей в процессе профессиональной деятельности владеть методами анализа и выявления специфики функционирования и развития психики, позволяющими учитывать влияние возрастных этапов, кризисов развития, гендерных, этнических, профессиональных и других факторов, навыками применения психологических знаний в процессе решения практических профессиональных задач</p>	<p>Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний ОПК-8</p>
<p>Объяснить основные последствия влияния на человека различных вредных факторов, и динамику изменения уровня развития.</p>	<p>Знать психологические последствия влияния на человека различных видов профессиональной деятельности прогнозировать изменения и динамику уровня развития и функционирования различных составляющих психики в норме и при психических отклонениях, подбирать методический инструментарий для диагностики и прогнозирования изменений и динамики различных психических свойств, процессов и состояний, в соответствии с поставленной профессиональной задачей и с целью гармонизации психического функционирования человека, владеть навыками анализа изменений и динамики развития и функционирования различных составляющих психики в норме, акцентуации и при психических отклонениях, методами психологической диагностики, прогнозирования изменений уровня развития познавательной и мотивационно-</p>	<p>Способен проводить психолого-педагогическое изучение особенностей психофизического развития, образовательных возможностей, потребностей и достижений лиц с ОВЗ ПК-6</p>

	<p>волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях.</p>	
--	--	--

**5. Контроль результатов освоения дисциплины.** В ходе изучения дисциплины используются такие методы текущего контроля успеваемости как подготовка к семинарам, посещение лекций, подготовка презентаций и докладов по выбранной проблеме, устный опрос, решение задач, выполнение аудиторных работ и тестовых заданий, демонстрационный экзамен.

Оценочные средства результатов освоения дисциплины, критерии оценки выполнения заданий представлены в разделе «Фонды оценочных средств для проведения промежуточной аттестации». Итоговая форма контроля – экзамен, демонстрационный экзамен.

**6. Перечень образовательных технологий, используемых при освоении дисциплины:**

1. Современное традиционное обучение (лекционно-семинарская-зачетная система).
2. Педагогические технологии на основе активизации и интенсификации деятельности учащихся (активные методы обучения):
  - а) интерактивные технологии (дискуссия, проблемный семинар);
3. Педагогические технологии на основе эффективности управления и организации учебного процесса:
  - а) технологии индивидуализации обучения.

На демоэкзамене студент должен научиться применять программы и методы для гармонизации психического функционирования и предупреждения отклонений в развитии у детей с патологией. Уметь применять программы и методы, направленные на гармонизацию психического функционирования ребенка с особенностями развития и предупреждать отклонения в социальном и личностном статусе и развитии. Уметь разрабатывать программу психологического обследования детей с ОВЗ. Способен использовать

психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания детей с ОВЗ, в том числе обучающихся с особыми образовательными программами. Знать систему психологических категорий и методов, необходимых для профессии психолога; анализировать психологические теории, описывающие закономерности функционирования и развития психики, анализировать и сопоставлять психологические программы, описывающие влияние на функционирование и развитие психики личностных, возрастных и социальных факторов с реальной ситуацией, возникающей в процессе профессиональной деятельности. Владеть методами анализа и выявления специфики функционирования и развития психики, позволяющими учитывать влияние возрастных этапов, кризисов развития, гендерных, этнических, профессиональных и других факторов, навыками применения психологических знаний в процессе решения практических профессиональных задач. Вся группа студентов проходя через демонстрационный экзамен, показывает фрагменты урока, фрагменты проведения занятия по теме «Клиника интеллектуальных нарушений» и образовательного события в виде презентации по теме демоэкзамена.

## 1. Организационно-методические документы

### 1.1. Технологическая карта освоения дисциплины

по очной форме обучения

(общая трудоемкость дисциплины 3 з.е.)

Наименование разделов и тем дисциплины	Всего часов	Контакт.	Лекций	Лаб.	Практич.	КРЗ	Сам. работы	КРЭ	Контроль
Тема 1. История развития предмета, основные цели и задачи.	13	4	2	-	2	-	5	-	4
Тема 2. Основные представления о причинах интеллектуальной недостаточности.	13	4	2	-	2	-	5	-	4
Тема 3. Общие представления о нейрофизиологических основах умственной отсталости.	13	4	2	-	2	-	5	-	4
Тема 4. Классификация олигофрении и их клиникопедагогическая характеристика.	13	4	2	-	2	-	5	-	4
Тема 5. Клинические формы олигофрении.	14	4	2	-	2	-	5	-	5
Тема 6. Приобретенное слабоумие (деменции).	13	3	1	-	2	-	5	-	5
Тема 7. Дети с задержкой психического развития (ЗПР).	14	3	1	-	2	-	6	-	5
Тема 8. Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития.	14,67	4	-	-	4	-	6	-	4,67
<b>Форма промежуточной аттестации по учебному плану – экзамен, демонстрационный экзамен</b>	107,67							0,33	
<b>ИТОГО</b>	<b>108</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>-</b>	<b>42</b>	<b>0,33</b>	<b>35,67</b>

## **1.2. Содержание основных разделов и тем дисциплины**

### **Тема 1. История развития предмета, основные цели и задачи.**

Психопатология и дефектология, их связь и различия. Определение предмета. Связь данного курса с другими медицинскими и психолого-педагогическими дисциплинами. История развития учения об олигофрении. Основные этапы. Зарождение учения о слабоумии. Становление детской психиатрии на западе. Значение работ Ф.Пинеля, Ж.Эскироля, И.Вуазена, Э.Сеген, Д.Бурневиля, Э.Крепелина. Учение о слабоумии в Дореволюционной России (И.Л.Мерзиевский, П.П.Малиновский, В.Л.Кащенко, С.С.Корсаков) Учение об олигофрении в Советский период (М.С.Певзнер, Е.П.Осипова). Г.И. Россолимо – основоположник отечественной дефектологии. Современные концепции развития учения об интеллектуальном нарушении В.В.Ковалев, Г.Е.Сухарева. Значение исследований российских авторов в дефектологии.

### **Тема 2. Основные представления о причинах интеллектуальной недостаточности.**

Этиология олигофрении. Причины и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности. Влияния неблагоприятной наследственности. Генетические и хромосомные заболевания. Дизонтогенез или вредности утробного периода. Влияние различных факторов на развивающийся плод (инфекции, интоксикации, травмы, психотравмы). Перинатальные вредности раннего возраста. Факторы социокультурной депривации. Значение интранатальной патологии в развитии олигофрении.

### **Тема 3. Общие представления о нейрофизиологических основах умственной отсталости.**

Анатомо-физиологические нарушения головного мозга при различных степенях олигофрении. Особенности морфологии мозга. Особенности физиологической деятельности мозга при различных степенях олигофрении. Изменение внутренних органов при заболеваниях, сопровождающихся поражением головного мозга. Значение эмбриопатии в развитии аномалий

внутренних органов. Терратология, как наука об уродствах. Стигмы и значение их в патологии ЦНС. Причины развития.

#### **Тема 4. Классификация олигофрении и их клиникопедагогическая характеристика.**

Первые попытки классификации слабоумия учеными Франции, Германии (XVII – XIX в.). Ф.Пинель и его основные работы по классификации психических заболеваний. Значение работ Ф.Пинеля по лечению больных с психической патологией. Классификации Э.Крепелина, Г.И.Сухаревой, М.С.Певзнер, В.В.Ковалева. Современная классификация олигофрении (МКБ-10). Определения олигофрении. Современные теории и концепции в патогенезе нарушения интеллектуального развития. Клиникопедагогическая характеристика детей - олигофренов. Особенности соматического состояния. Отклонения в неврологическом статусе. Особенности психического развития у детей с ОВЗ. Клинико-педагогическая характеристика дебильности, имбицильности, идиотии.

#### **Тема 5. Клинические формы олигофрении.**

Этиология, патогенез, клинические проявления: микроцефалии, Болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера синдром дубль «Y», трисомия X. Дизостозические и ксеродермические формы олигофрении (синдром Морфана, синдром слабоумие при ихтиозе). Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных. Олигофрении инфекционного происхождения. Рубеолярная форма олигофрении. Олигофрения при врожденном сифилисе. Паразитарные формы олигофрении. Синдром слабоумия при водянке головного мозга, олигофрении травматического происхождения. Алкогольный синдром плода, влияние алкоголизма родителей на потомство. Олигофрения на почве поражений эндокринной системы.

## **Тема 6. Приобретенное слабоумие (деменции).**

Основная характеристика деменции. Классификации дементных нарушений. Органическая деменция в результате перенесенного сифилиса. Шизофреническая, эпилептическая деменция. Старческая, синильная деменция. Особенности распада психических процессов у детей дошкольного, младшего и старшего школьного возраста по классификации Г. Е. Сухаревой. Распад психических процессов в зрелом возрасте. Особенности течения синильной деменции. Амавротическое слабоумие: формы. Болезнь Тея-Сакса, познедетская форма, юношеская форма. Синдром слабоумия при гарголизме (болезнь Пфандлера-Хур-лера). Синдром слабоумия при тубероизном склерозе (болезнь Бурневилля).

## **Тема 7. Дети с задержкой психического развития (ЗПР).**

Неуспеваемость и умственная отсталость. Определение задержки психического развития, связь задержки психического развития с минимальной мозговой дисфункцией. Трактовка задержки психического развития зарубежными авторами. Классификация задержки психического развития, дисгармоническое развитие, психофизический инфантилизм. Астеническое состояние, церебральная форма задержки психического развития. Соматические заболевания, которые вызывают задержку психического развития у детей. Задержка психического развития обусловлена педагогической запущенностью. Дифференциальная диагностика между олигофренией и пограничной умственной отсталостью.

## **Тема 8. Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития.**

Медицинская работа во вспомогательных школах и детских домах для умственной отсталости. Медико-психолого-педагогические консультирования детей с отклонениями в развитии. Роль реабилитации и реабилитации в развитии детей с органическим поражением ЦНС.

### **1.3. Методические рекомендации по освоению дисциплины (методические материалы)**

#### **Рекомендации по работе на практических занятиях**

Практические занятия – это форма коллективной и самостоятельной работы обучающихся, связанная с самостоятельным изучением и проработкой литературных источников. Обычно они проводятся в виде беседы или дискуссии, в процессе которых анализируются и углубляются основные положения ранее изученной темы, конкретизируются и обобщаются знания, закрепляются умения.

Практические занятия играют большую роль в развитии обучающихся. Данная форма способствует формированию навыков самообразования у обучающихся, умений работать с книгой, выступать с самостоятельным сообщением, обсуждать поставленные вопросы, самостоятельно анализировать ответы коллег, аргументировать свою точку зрения, оперативно и четко применять свои знания. У обучающихся формируются умения составлять реферат, логично излагать свои мысли, подбирать факты из различных источников информации, находить убедительные примеры. Выступления обучающихся на семинарах способствуют развитию монологической речи, повышают их культуру общения.

Структура практического занятия может быть различной. Это зависит от учебно-воспитательных целей, уровня подготовленности обучающихся к обсуждению проблемы. Наиболее распространенной является следующая структура практического занятия:

1. Вводное выступление преподавателя, в котором он напоминает задачи семинарского занятия, знакомит с планом его проведения, ставит проблему.
2. Выступления обучающихся (сообщения или доклады по заданным темам).
3. Дискуссия (обсуждение сообщений, докладов).
4. Подведение итогов (на заключительном этапе занятия преподаватель

анализирует выступления обучающихся, оценивает их участие в дискуссии, обобщает материал и делает выводы).

5. Задания для рейтингового контроля успеваемости обучающихся. Эффективность семинара во многом зависит от подготовки к нему обучающихся.

Подготовку к практическому занятию необходимо начинать заблаговременно, примерно за 2-3 недели. Преподаватель сообщает тему, задачи занятия, вопросы для обсуждения, распределяет доклады, рекомендует дополнительные источники, проводит консультации.

Эффективность практического занятия зависит от умения обучающихся готовить доклады, сообщения. Поэтому при подготовке к семинару преподаватель подробно объясняет, как готовить доклад, помогает составить план, подобрать примеры, наглядные пособия, сделать выводы. На консультациях он просматривает доклады, отвечает на вопросы обучающихся, оказывает методическую помощь.

Сообщения и доклады должны быть небольшими, рассчитанными на 3-5 минут.

К практическому занятию должны готовиться все обучающиеся группы/потока. Кроме содержания выступлений, обучающимся необходимо подготовить вопросы/комментарии для обсуждения.

## **Рекомендации по подготовке к промежуточной аттестации – экзамену**

Экзамен – это глубокая итоговая проверка знаний, умений, навыков и компетенций обучающихся.

К сдаче экзамена допускаются обучающиеся, которые выполнили весь объём работы, предусмотренный учебной программой по дисциплине.

Организация подготовки к экзамену сугубо индивидуальна. Несмотря на это, можно выделить несколько общих рациональных приёмов подготовки к экзамену, пригодных для многих случаев.

При подготовке к экзамену конспекты учебных занятий не должны являться единственным источником научной информации. Следует обязательно пользоваться ещё учебными пособиями, специальной научно-методической литературой и другими информационными источниками электронной библиотечной системы КГПУ им. В.П. Астафьева.

Усвоение, закрепление и обобщение учебного материала следует проводить в несколько этапов:

а) сквозное (тема за темой) повторение последовательных частей дисциплины, имеющих близкую смысловую связь; после каждой темы – воспроизведение учебного материала по памяти с использованием конспекта и пособий в тех случаях, когда что-то ещё не усвоено; прохождение, таким образом, всего курса;

б) выборочное по отдельным темам и вопросам воспроизведение (мысленно или путём записи) учебного материала; выделение тем или вопросов, которые ещё не достаточно усвоены или поняты, и того, что уже хорошо запомнилось;

в) повторение и осмысливание не усвоенного материала и воспроизведение его по памяти;

г) выборочное для самоконтроля воспроизведение по памяти ответов на вопросы.

Повторять следует не отдельные вопросы, а темы в той последовательности, как они излагались преподавателем. Это обеспечивает получение цельного представления об изученной дисциплине, а не отрывочных

знаний по отдельным вопросам.

- Если в ходе повторения возникают какие-то неясности, затруднения в понимании определённых вопросов, их следует выписать отдельно и стремиться найти ответы самостоятельно, пользуясь конспектом учебных занятий и литературой. В тех случаях, когда этого сделать не удаётся, надо обращаться за помощью к преподавателю на консультации, которая обычно проводится перед экзаменом.

На экзамене надо не только показать теоретические знания по дисциплине, но и умения применить их при выполнении ряда практических заданий.

Подготовка к экзамену фактически должна проводиться на протяжении всего процесса изучения данной дисциплины. Время, отводимое в период промежуточной аттестации, даётся на то, чтобы восстановить в памяти изученный учебный материал и систематизировать его. Чем меньше усилий затрачивается на протяжении периода обучения, тем больше их приходится прилагать в дни подготовки к экзамену. Форсированное же усвоение материала чаще всего оказывается поверхностным и непрочным.

Регулярная учёба – вот лучший способ подготовки к экзамену.

## 2. Компоненты мониторинга учебных достижений обучающихся

### 2.1. Технологическая карта рейтинга дисциплины

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ			
	Форма работы	Количество баллов 5 %	
		min	max
	Устный опрос	<b>3</b>	<b>5</b>
Итого		<b>3</b>	<b>5</b>
	Форма работы	Количество баллов 95 %	
		min	max
Текущая работа	Доклад, разработка презентации доклада	<b>15</b>	<b>27</b>
	Письменная работа (аудиторная), решение задач	<b>15</b>	<b>25</b>
	Тестирование, составление словаря специальных терминов	<b>15</b>	<b>24</b>
Промежуточный рейтинг-контроль	Индивидуальное собеседование по теме занятия (предложенное преподавателем)	<b>12</b>	<b>19</b>
Итого		<b>57</b>	<b>95</b>
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ			
Базовый раздел/ Тема	Форма работы*	Количество баллов	
		min	max
Тема № 2	Подготовка таблиц, рисунков, схем (стимульных материалов)	<b>6</b>	<b>20</b>
Итого		<b>6</b>	<b>10</b>
Общее количество баллов по дисциплине (по итогам изучения всех модулей, без учета дополнительного модуля)		min <b>60</b>	max <b>100</b>

### Соответствие рейтинговых баллов и академической оценки

<b>Общее количество набранных баллов</b>	<b>Академическая оценка по модулю</b>
60 – 72	Удовлетворительно
73 – 86	Хорошо
87 -100	Отлично

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**  
**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П.**  
**Астафьева»**  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий  
Кафедра-разработчик: кафедра специальной психологии

УТВЕРЖДЕНО  
на заседании кафедры  
протокол № 9 от 12 мая 2021 г.  
И.о. заведующий кафедрой



Е.А. Черенева

ОДОБРЕНО  
на заседании научно-методического совета  
специальности (направления подготовки)  
Протокол № 8  
от 21 мая 2021 г.  
Председатель



О.Л. Беляева

**ФОНД**  
**ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации  
обучающихся

Клиника интеллектуальных нарушений  
(наименование дисциплины/модуля/вида практики)

44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование.  
(код и наименование направления подготовки)

Специальная психология в образовательной и медицинской практике  
(направленность (профиль) образовательной программы)

Бакалавр  
(квалификация (степень) выпускника)

Составитель: доцент Потылицина В.Ю.



## РЕЦЕНЗИЯ на фонды оценочных средств

Представленные фонды оценочных средств для текущей и промежуточной аттестации соответствуют требованиям ФГОС ВО по направлению подготовки 44.03.03 специальное (дефектологическое) образование, утвержденного 22.02.2018 г. № 123 Министерством образования и науки РФ, профессиональным стандартом Педагог (профессиональная деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель), утвержденным приказом Минтруда России от 18.10.2013 № 544н.

Предлагаемые формы и средства аттестации адекватны целям и задачам реализации основной профессиональной образовательной программы по направлению подготовки 44.03.03 специальное (дефектологическое) образование, направленность (профиль) образовательной программы Специальная психология в образовательной и медицинской практике.

Оценочные средства и критерии оценивания представлены в полном объеме. Формы оценочных средств, включенных в представленный фонд, отвечают основным принципам формирования ФОС, установленных в Положении о формировании фонда оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре – в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева».

Разработанные и представленные для экспертизы фонды оценочных средств рекомендуются к использованию в процессе подготовки по указанной программе **по дисциплинам:** Клиника интеллектуальных нарушений.

Рецензент,

д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН,  
руководитель научного направления Министерство науки  
и высшего образования Российской Федерации  
(Минобрнауки России) Федеральное государственное  
бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский  
центр «Красноярский научный центр Сибирского  
отделения Российской академии наук»  
(ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)  
Научно-исследовательский институт  
медицинских проблем Севера (НИИ МПС)



В.Т. Манчук

лично подписать  
Манчук В.Т. удостоверить  
Наим. О.К. \_\_\_\_\_ О.И. Су...



## **1. Назначение фонда оценочных средств**

1.1. **Целью** создания ФОС дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений» является установление соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям основной образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

### 1.2. ФОС по дисциплине решает **задачи**:

- контроль и управление процессом приобретения студентами необходимых знаний, умений, навыков и уровня сформированности компетенций, определенных в ФГОС ВО по соответствующему направлению подготовки;

- контроль (с помощью набора оценочных средств) и управление (с помощью элементов обратной связи) достижением целей реализации ОПОП, определенных в виде набора универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций выпускников;

- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс Университета.

### 1.3. ФОС разработан на основании нормативных **документов**:

- федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 44.03.03 специальное (дефектологическое) образование (уровень бакалавриата);

- образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 44.03.03 специальное (дефектологическое) образование, направленность (профиль) образовательной программы Специальная психология в образовательной и медицинской практике.

- Положения о формировании фонда оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, программам подготовки научно-педагогических

кадров в аспирантуре – в КГПУ им. В.П. Астафьева.

## **2. Перечень компетенций, подлежащих формированию в рамках дисциплины**

**2.1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины:**

**2.2. ОПК-6** Способен использовать психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями

**ОПК-8** Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний

**ПК-6** Способен проводить психолого-педагогическое изучение особенностей психофизического развития, образовательных возможностей, потребностей и достижений лиц с ОВЗ

## **2.3. Оценочные средства**

Компетенция	Дисциплины, практики, участвующие в формировании компетенции	Тип контроля	КИМы	
			Номер	Форма
Способен использовать психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями ОПК-6	Общая психология Возрастная психология Педагогика Основы генетики Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения Невропатология Психопатология Основы нейропсихологии Клиническая психология Психология детства и отрочества Психологическая служба в образовании и медицинской практике Клиника интеллектуальных нарушений Введение в профессию Модуль 8 "Образование и психолого-педагогическая реабилитация лиц с ОВЗ" Модуль 9 "Технологии изучения и оценки нормативов психического развития" Модуль 10 "Технологии психокоррекционной, психотерапевтической и психопрофилактической помощи лицам с ОВЗ" Производственная практика (Педагогическая)	текущий контроль успеваемости	2	тестирование, составление словаря специальных терминов дисциплины
		текущий контроль успеваемости	3	проверка доклада
		текущий контроль успеваемости	5	индивидуальное собеседование
		промежуточная аттестация	1	Экзамен

	<p>Производственная практика</p> <p>Производственная практика (научно-исследовательская работа)</p> <p>Преддипломная практика Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена</p> <p>Выполнение и защита выпускной квалификационной работы</p>			
<p>Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний</p> <p>ОПК-8</p>	<p>Общая психология</p> <p>Возрастная психология</p> <p>Педагогика</p> <p>Основы генетики</p> <p>Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения</p> <p>Невропатология</p> <p>Психопатология</p> <p>Основы нейропсихологии</p> <p>Клиническая психология</p> <p>Психология детства и отрочества</p> <p>Психологическая служба в образовании и медицинской практике</p> <p>Клиника интеллектуальных нарушений</p> <p>Введение в профессию</p> <p>Модуль 8 "Образование и психолого-педагогическая реабилитация лиц с ОВЗ"</p> <p>Модуль 9 "Технологии изучения и оценки нормативов психического развития"</p> <p>Модуль 10 "Техно-</p>	текущий контроль успеваемости	2	тестирование, составление словаря специальных терминов дисциплины
		текущий контроль успеваемости	3	проверка доклада
		текущий контроль успеваемости	5	индивидуальное собеседование
		промежуточная аттестация	1	Демонстрационный экзамен

	<p>логии психокоррекционной, психотерапевтической и психопрофилактической помощи лицам с ОВЗ"</p> <p>Производственная практика (Педагогическая)</p> <p>Производственная практика</p> <p>Производственная практика (научно-исследовательская работа)</p> <p>Преддипломная практика Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена Выполнение и защита выпускной квалификационной работы</p>			
Способен проводить психолого-педагогическое изучение особенностей психофизического развития, образовательных возможностей, потребностей и достижений лиц с ОВЗ ПК-6	<p>Модуль 3 "Модуль здоровья и безопасности жизнедеятельности"</p> <p>Возрастная анатомия, физиология и гигиена</p> <p>Основы генетики</p> <p>Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения</p> <p>Невропатология</p> <p>Психопатология</p> <p>Основы нейропсихологии</p> <p>Клиническая психология</p> <p>Изучение, образование и реабилитация лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата</p> <p>Изучение, образование и</p>	текущий контроль успеваемости	3	проверка доклада
		текущий контроль успеваемости	5	индивидуальное собеседование
		текущий контроль успеваемости	4	письменная работа (аудиторная), решение задач
		промежуточная аттестация	1	Демонстрационный экзамен

	<p>реабилитация лиц с нарушениями аутистического спектра</p> <p>Изучение, образование и реабилитация лиц с комплексными нарушениями в развитии</p> <p>Инклюзивное образование обучающихся с ОВЗ</p> <p>Психология лиц с умственной отсталостью</p> <p>Психология детей с ЗПР</p> <p>Психология лиц с нарушением слуха</p> <p>Психология лиц с нарушением зрения</p> <p>Психология лиц с нарушением речи</p> <p>Психология лиц с нарушениями эмоционально-волевой сферы</p> <p>Психология лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата</p> <p>Технологии психокоррекционной работы с лицами с ОВЗ</p> <p>Технологии консультативной работы с лицами с ОВЗ</p> <p>Технологии психотерапевтической работы с лицами с ОВЗ</p> <p>Технологии социальной адаптации, реабилитации и профориентации лиц с ОВЗ</p> <p>Моделирование</p>			
--	---	--	--	--

	<p>образовательных программ для детей с ОВЗ</p> <p>Технологии обучения альтернативной и дополнительной коммуникации лиц с ОВЗ</p> <p>Экспериментальная психология в условиях специального образования</p> <p>Психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия</p> <p>Методы психологической коррекции</p> <p>Модуль 8</p> <p>"Образование и психолого-педагогическая реабилитация лиц с ОВЗ"</p> <p>Модуль 9</p> <p>"Технологии изучения и оценки нормативов психического развития"</p> <p>Модуль 10</p> <p>"Технологии психокоррекционной, психотерапевтической и психопрофилактической помощи лицам с ОВЗ"</p> <p>Производственная практика (Педагогическая)</p> <p>Производственная практика технологическая (проектно-технологическая)</p> <p>Производственная практика</p>			
--	--	--	--	--

	Преддипломная практика Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена Выполнение и защита выпускной квалификационной работы			
--	---	--	--	--

### 3. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации

3.1. Фонды оценочных средств включают: вопросы к экзамену.

3.2. Оценочные средства

3.2.1. Оценочное средство вопросы к экзамену.

Критерии оценивания по оценочному средству 1 - вопросы к экзамену.

Формируемые компетенции	Продвинутый уровень сформированности компетенций	Базовый уровень сформированности и компетенций	Пороговый уровень сформированности компетенций
	(87 – 100 баллов) отлично	(73 – 86 баллов) хорошо	(60 – 72 баллов) удовлетворительно
Способен использовать психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями ОПК-6	Обучающийся на высоком уровне способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.	Обучающийся на среднем уровне способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.	Обучающийся на удовлетворительном уровне способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.
Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний ОПК-8	Обучающийся на высоком уровне способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.	Обучающийся на среднем уровне способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.	Обучающийся на удовлетворительном уровне способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.

Способен проводить психолого-педагогическое изучение особенностей психофизического развития, образовательных возможностей, потребностей и достижений лиц с ОВЗ ПК-6	Обучающийся на высоком уровне способен организовать коррекционно-развивающую образовательную среду, отвечающую особым образовательным потребностям обучающихся с ОВЗ, требованиям безопасности и охраны здоровья обучающихся.	Обучающийся на среднем уровне способен организовать коррекционно-развивающую образовательную среду, отвечающую особым образовательным потребностям обучающихся с ОВЗ, требованиям безопасности и охраны здоровья обучающихся.	Обучающийся на удовлетворительном уровне способен организовать коррекционно-развивающую образовательную среду, отвечающую особым образовательным потребностям обучающихся с ОВЗ, требованиям безопасности и охраны здоровья обучающихся.
---	---	---	--

Менее 60 баллов – компетенция не сформирована

#### 4. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости

4.1. Фонды оценочных средств включают: устный опрос, тестирование, составление словаря специальных терминов дисциплины; проверка презентации доклада; письменная работа (аудиторная), решение задач; индивидуальное собеседование по теме занятия.

4.2. Критерии оценивания.

4.2.1. Критерии оценивания по оценочному средству 2 – устный опрос

Критерии оценивания	Количество баллов (вклад в рейтинг)
Грамотное использование генетических терминов	2
Логичность и последовательность изложения материала	2
Умение отвечать на дополнительные вопросы	1
Максимальный балл	5

4.2.2. Критерии оценивания по оценочному средству 3 - тестирование, составление словаря специальных терминов дисциплины

Критерии оценивания	Количество баллов (вклад в рейтинг)
Обучающийся опирается на теоретические знания по дисциплине	8
Применяет ранее изученные междисциплинарные знания	8
Использует дополнительную информацию (книги, компьютерные и медиа-пособия, цифровые образовательные ресурсы и др.), необходимую при решении тестовых заданий по генетики.	8
Максимальный балл	24

4.2.3. Критерии оценивания по оценочному средству 4 – составленному докладу / презентации

Критерии оценивания	Количество баллов (вклад в рейтинг)
Актуальность темы доклада	7
Полнота раскрытия содержания проблемы исследования в докладе	7
Углубленность и проработанность научной литературы по теме доклада	7
Оригинальность подачи материала, презентации доклада	6
Максимальный балл	27

4.2.4. Критерии оценивания по оценочному средству 5 - письменная работа (аудиторная), решение задач

Критерии оценивания	Количество баллов (вклад в рейтинг)
Отражение всех существующих взглядов на рассматриваемую проблему	7
Раскрытие проблемы на теоретическом уровне с корректным использованием научных понятий	7
Аргументированность выводов	7
Ясность, четкость и лаконичность изложения материала	4
Максимальный балл	25

4.2.5. Критерии оценивания по оценочному средству 6 - индивидуальное собеседование по теме занятия

Критерии оценивания	Количество баллов (вклад в рейтинг)
Ответ полный, обучающийся опирается на теоретические и практические знания по теме занятия	7
Аргументирует свою точку зрения	7
Ясность, четкость изложения материала при собеседовании	5
Максимальный балл	19

## **5. Оценочные средства для промежуточной аттестации**

### **5.1. Типовые вопросы к экзамену по дисциплине «Клиника интеллектуальных нарушений».**

1. Умственная отсталость. Определение, критерии, виды.

2. Этиология (причины) умственной отсталости.
3. Олигофрения. Определение, основные особенности.
4. Основные симптомы олигофрении.
5. Дополнительные симптомы олигофрении.
6. Симптомы недоразвития двигательной сферы при олигофрении.
7. Дефекты развития органов чувств и внутренних органов при олигофрении.
8. Клинические особенности идиотии (глубокой умственной отсталости)
9. Клинические особенности имбецильности (тяжелое нарушение интеллекта).
10. Клинические особенности дебильности (легкой умственной отсталости).
11. Первая группа патогенных факторов олигофрении (неполноценность генеративных клеток родителей).
12. Умственная отсталость при хромосомных болезнях. Синдром Дауна.
13. Умственная отсталость при аномалиях половых хромосом.
14. Вторая группа патогенных факторов олигофрении (вредности, действующие на зародыш и плод).
15. Метаболические наследственные формы умственной отсталости.
16. Дизостозические формы олигофрении.
17. Третья группа патогенных факторов олигофрении (вредности, действующие во время родов и в раннем детстве).
18. Экзогенно-обусловленные формы умственной отсталости (рубеолярная олигофрения, врожденный сифилис, токсоплазмоз).
19. Смешанные по этиологии формы умственной отсталости (краниостеноз, микроцефалия).
20. Умственная отсталость связанная с перинатальной патологией (гемолитическая болезнь, асфиксия при родах, механическая травма).
21. Умственная отсталость, обусловленная ранними постнатальными

экзогенно-органическими поражениями головного мозга.

22. Гипотиреоидные формы умственной отсталости.

23. Классификация олигофрений.

24. Динамика клинических проявлений олигофрении. Ее обусловленность.

25. Причины ухудшения и декомпенсации у больных олигофренией.

26. Основные принципы диагностики олигофрений.

27. Задержка темпа умственного развития, обусловленная неблагоприятными условиями воспитания.

28. Задержка темпа умственного развития, обусловленная патологией поведения.

29. Интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями.

30. Нарушения познавательной деятельности при гармоничном инфантилизме.

31. Нарушения познавательной деятельности при дисгармоничном инфантилизме.

32. Функционально-динамические расстройства интеллектуальной деятельности.

33. Интеллектуальный дефект при органической деменции.

34. Слабоумие при шизофрении.

35. Слабоумие при эпилептической болезни.

36. Профилактика умственной отсталости.

## **6. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

### **6.1. Устный опрос.**

Составьте план ответа, аргументируя свою точку зрения.

### **6.2. Примеры тестовых вопросов**

#### **1. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме**

а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию

б) потери способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события

в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни

г) распространения подобного забвения на различный период

#### **2. Антероградная амнезия характеризуется**

а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики

б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)

в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период

г) ни одним из перечисленных утверждений д) всеми перечисленными утверждениями

#### **3. Фиксационная амнезия характеризуется**

а) потерей способности запоминать

б) отсутствием памяти на текущие события

в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

**4. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме**

а) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности

б) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности

в) ослабления внимания, обеднения мышления

г) ограничения общения вследствие снижения откликаемости

д) повышение мышечного тонуса

**5. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая**

а) отсутствие побуждения б) утраты желания

в) полную безучастность и бездеятельность

г) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости

д) отказ от речи (мутизм)

**6. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется**

а) дебильностью (умственной отсталостью легкой степени)

б) имбецильностью (умственной отсталостью умеренной и тяжелой степени)

в) идиотией (умственной отсталостью глубокой степени)

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

**7. Приобретенное слабоумие делится на**

а) парциальное (лакунарное)

б) тотальное (глобально )

в) маразм (распад личности)

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

**8. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме**

а) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций

б) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования

в) трудности отделения главного от второстепенного

- г) жалоб на утрату способности к мышлению
- д) ощущения ослабления умственных способностей

**9. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
- б) утраты способности отделения главного от второстепенного
- в) утраты способности отделения существенного от несущественного
- г) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
- д) снижения продуктивности мышления

**10. Остаточные проявления психопатологических расстройств характерны**

- а) для детей раннего возраста
- б) для детей дошкольного возраста
- в) для подростков

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

- а) от 0 до 3 лет
- б) 4 - 7 лет
- в) 5 - 10 лет
- г) 11 - 17 лет

**12. Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как**

- а) ретардация
- б) асинхрония развития
- в) акселерация

**13. К возможным причинам психического дизонтогенеза относится**

а) генетические факторы

б) экзогенно-органические факторы

в) длительное неблагоприятное воздействие микро-социально-психологического фактора

г) разнообразные сочетания тех и других

**14. Запаздывание или приостановка психического развития определяется как**

а) асинхрония развития

б) акселерация

в) ретардация

г) высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования

**15. Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является**

а) асинхрония

б) акселерация

в) тотальная психическая ретардация

г) парциальная психическая ретардация

**16. Олигофрения является выражением**

а) парциальной психической ретардации

б) тотальной психической ретардации

в) асинхронии психического развития

г) регресса психических функций

**17. К варианту дизонтогенеза, клиническим выражением которого является синдром невропатии, относится**

а) акселерация

б) асинхрония

в) парциальная ретардация

**18. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью,**

**церебрастеническими и невротоподобными расстройствами у детей следует расценивать как**

- а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
- б) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома
- в) гиперкинетический синдром при детской шизофрении

**19. Синдромы уходов и бродяжничества характерны для детей**

- а) дошкольного возраста
- б) младшего пубертатного возраста
- в) среднего пубертатного возраста
- г) старшего пубертатного возраста

**20. Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является**

- а) нарушение влечений
- б) аутистическая тенденция к одиночеству
- в) личностные реакции протеста

**21. Ребенок производит однообразные манипуляции с предметами (постукивает о коробочку, размахивает веревочкой, платком и т.п.). Познавательный интерес отсутствует. В этом случае психопатологическую сущность однообразной игры с предметами, не имеющими игрового назначения следует определить как игру**

- а) сверхценную
- б) стереотипную
- в) навязчивую
- г) бредоподобную

**22. Состояние ребенка определяется высокой истощаемостью психических процессов наряду с повышенной раздражительностью, гиперестезией по отношению к физическим и психическим раздражителям. Его можно расценить как**

- а) апато-абулический синдром
- б) субдепрессию
- в) астению

**23. Длительное (недели и более) расстройство настроения с**

**подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как**

- а) астенический синдром
- б) неврозоподобный синдром
- в) фобический синдром
- г) депрессивный синдром

**24. После перенесенного гриппа у ребенка появилось стойкое снижение настроения с эмоциональной слабостью, истощаемостью внимания, вегетативно-сосудистой лабильностью. Это состояние следует оценить как**

- а) постинфекционную астению
- б) депрессию
- в) дистрофическое состояние

**25. Упорное стремление кусать ногти, сосать палец, выдергивать волосы на волосистой части головы или бровях, раздражать половые органы, раскачиваться перед сном с получением при этом определенного удовольствия**

- а) ритуалы
- б) гиперкинезы
- в) патологические привычные действия
- г) тики

**26. Повторяющееся стойкое непроизвольное упускание мочи во время глубокого ночного сна у детей в возрасте старше 3 лет при отсутствии урологических заболеваний и поражений спинного мозга связано**

- а) с невротическим энурезом
- б) с неврозоподобным энурезом
- в) с энурезом при шизофрении

**27. Повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачканья белья) с получением при этом определенного**

**удовольствия у детей - это**

- а) патологическая привычка
- б) невротический энкопрез
- в) перверзное сексуальное влечение в виде энкопреза

**28. Двигательная расторможенность, непоседливость, общая возбудимость, неустойчивость внимания у детей характерны**

- а) для неврозоподобного синдрома
- б) для гиперкинетического синдрома
- в) для психопатоподобного синдрома

**29. У ребенка в результате несправедливого отношения к нему со стороны родителей или других воспитателей возникают реакции протеста.**

**Их следует расценивать как**

- а) психопатические реакции
- б) энцефалопатические (психопатоподобные) реакции
- в) патохарактериологические реакции

**30. У ребенка отмечаются выраженные нарушения поведения при отсутствии в его воспитании примера для правильной социальной ориентировки. Причиной этому может быть**

- а) органическое заболевание головного мозга
- б) расстройство адаптации личности к окружающей среде
- в) психопатия
- г) все перечисленное

**31. Дети особенно подвержены влиянию окружающей среды с возникновением нарушений поведения. Это связано**

- а) с конституциональной психической патологией
- б) с органическим поражением мозга
- в) с соматическим заболеванием

**32. В группу повышенного риска при наследовании психических заболеваний входят все перечисленные группы, кроме**

- а) детей, у которых болен один из родителей
- б) братьев и сестер больных
- в) дядей и теток
- г) родителей больных
- д) дизиготных близнецов больных

**33. В группу наивысшего риска при наследовании психических заболеваний входят**

- а) дети, у которых болен один из родителей б) дети, у которых больны оба родителя
- в) родители больных
- г) дизиготные близнецы больных д) все перечисленное

**34. Понятие умственной отсталости включает в себя**

- а) деменцию
- б) задержку психического развития
- в) состояние задержанного или неполного развития психики, врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) характера, проявляющееся нарушением способностей (когнитивных, речевых, моторных и социальных), обеспечивающих общий уровень интеллектуальности,
- г) все вышеперечисленное

**35. Степени умственной отсталости:**

- а) легкая (IQ 50-70);
- б) умеренная (IQ 35-49); в) тяжелая (IQ 20-34);
- г) глубокая (IQ менее 20)
- д) все вышеперечисленное

**36. Этиология (причины) умственной отсталости:**

- а) наследственность
- б) инфекция,

в) наследственность, инфекция, травмы,

г) наследственность, инфекция, травмы, отравления, недоразвитость, эндокринопатии, влияние окружающей среды

**37. Клинические признаки умственной отсталости легкой степени**

а) как у здоровых детей,

б) сенсорные или моторные дефекты незначительны

в) равномерно низкий уровень результатов по всем видам тестов для оценки интеллекта

г) верно б, в

**38. Умеренная умственная отсталость имеет коэффициент снижения интеллекта**

а) ниже 20

б) 50-70

в) 35-49

**39. В практической деятельности выделяют:**

а) наследственно-эндогенные формы умственной отсталости

б) эмбрио-фетопатии

в) формы умственной отсталости, связанные с повреждениями головного мозга (родовые травмы, асфиксии, перенесенный в раннем возрасте энцефалит, отравления)

г) все вышеперечисленное

**40. У детей с умственной отсталостью:**

а) выявляется недостаточная способность к обобщению, ассоциациям

б) преобладают частные, сугубо конкретные пределы привычных представлений,

в) снижена критика

г) степень психопатологических проявлений находится в прямой зависимости от степени интеллектуального дефекта

д) все вышеперечисленное

**41. В анамнезе больных обычно устанавливается:**

а) отставание статических и локомоторных функций,

б) отставание речи,

в) нарушение развития интеллекта и личности коррелирует с глубиной слабоумия

г) часто пороки развития отдельных органов и систем д) все вышеперечисленное

**42. К хромосомным болезням, сопровождающимся нарушением интеллекта относятся:**

а) Синдром Дауна,

б) гидроцефалия

в) токсоплазмоз

**43. Для детей с болезнью Дауна характерны стигмы**

а) кифоз

б) «обезьянья складка»

в) альбинизм

**44. Для детей с болезнью Дауна характерны**

а) трисомия по 21 паре хромосом

б) трисомия по 22 паре хромосом

в) отсутствие X хромосомы

**45. Признаки ранней инволюции характерны для:**

а) Синдрома Шерешевского-Тернера

б) Дауна

в) Болезни Фелинга

**46. Синдром Кляйнфельтера поражает лиц**

а) мужского пола

б) лиц женского пола

**47. Частые депрессии бывают у лиц с**

а) болезнью Дауна

б) синдромом Шерешевского-Тернера.

в) синдромом Кляйнфельтера

**48. Фенилкетонурия (синдром Феллинга, фенилпировиноградная олигофрения) имеет**

- а) хромосомную природу
- б) паразитарную природу
- в) причиной болезни являются метаболические нарушения

**49. В лечении болезни Фелинга применимы:**

- а) гормональная терапия
- б) диета с резким ограничением фенилаланина
- в) ничего из перечисленного

**50. Гаргоилизм считают результатом наследственно обусловленного нарушения:**

- а) обмена, которое передается потомству по моногенно-рецессивному типу
- б) хромосомной патологии
- в) ничего из перечисленного

**51. При синдроме Крузона имеет место**

- а) аутосомно-доминантный или аутосомно-рецессивный тип наследования
- б) преждевременно зарастают швы основания черепа,
- в) в формировании симптомов заболевания играют нарушения кровообращения головы, боли без локальных неврологических симптомов
- г) все вышеперечисленное

**52. Микроцефалия характеризуется:**

- а) малыми размерами черепа, преимущественно мозговых отделов
- б) большими размерами черепа
- в) все вышеперечисленное

**53. Кретинизм проявляется**

- а) гипотиреозом
- б) эндемическим зобом
- в) все вышеперечисленное

**54. Для клиники рубеолярной умственной отсталости характерно:**

- а) сочетание глубокого слабоумия с пороками развития глаз, сердца, слухового аппарата и молочных зубов
- б) общее физическое недоразвитие, микроцефалия, пороки строения скелета и мочеполовых органов,
- в) симптомы органического поражения центральной нервной системы, мышечная гипотония, гиперкинез, нарушения глотания, расстройства сна.
- г) все вышеперечисленное

**55. Врожденный (конгенитальный) сифилис передается**

- а) плацентарным путем, чаще при заболевании матери в первую половину беременности
- б) контактным путем
- в) через шприц при медицинских манипуляциях

**56. Признаки психического недоразвития при врожденном сифилисе проявляются**

- а) с первых месяцев жизни
- б) достигают тяжелой и глубокой степени
- в) все вышеперечисленное

**57. Умственная отсталость, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных возникает**

- а) при иммунологической несовместимости крови матери и плода, чаще всего по резус-фактору
- б) при инфицировании плода микробом
- в) как вирусное заболевание

**58. Умственная отсталость, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных, развивается**

а) у «резус-положительного» ребенка, наследующего резус-фактор от «резус- положительного» отца, если мать «резус-отрицательная»

б) у «резус-отрицательного» ребенка, наследующего резус-фактор от «резус- отрицательного» отца, если мать «резус-положительная»

**59. Вероятность возникновения и появления более тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных увеличивается:**

а) с каждой последующей беременностью вследствие сенсибилизации организма матери

б) с возрастом матери

в) с возрастом отца

**60. Для клинических проявлений билирубиновой энцефалопатии, обусловленной гемолитической болезнью новорожденных, характерны симптомы:**

а) экстрапирамидные двигательные расстройства,

б) дефекты слуха

в) умственная отсталость

г) все вышеперечисленное

**61. Умственная отсталость, обусловленная асфиксией при рождении и механической родовой травмой**

а) имеет одинаковую степень умственной отсталости

б) не сопровождается нарушениями интеллекта

**62. Гидроцефалия — это:**

а) хромосомная патология

б) расширение желудочковых систем мозга и субарахноидальных пространств за счет увеличения количества цереброспинальной жидкости

**63. У больных с гидроцефалией возникают:**

а) вестибулярные расстройства

б) судорожные приступы

в) пароксизмальные кризы с резкой головной болью, рвотой, выраженными вегетативными нарушениями

- г) нарушение дыхания, тонические судороги, расстройства глазодвигательной иннервации
- д) все вышеперечисленное

### **Олигофрения**

**64. Является ли безусловным показателем конечного уровня психического развития человека «одаренность» или «отставание» его от средней нормы в детстве?**

- а) да
- б) нет

**65. Выделите факторы, которые могут быть причиной замедленного психического развития в детстве:**

- а) наследственность
- б) возраст родителей
- в) отсутствие молока у матери
- г) плохие жилищные условия
- д) конституционные аномалии

**66. До какого возраста рекомендуется пользоваться диагнозом «психическое недоразвитие», а не диагнозом «олигофрения»:**

- а) до 7 лет
- б) до 14-17 лет
- в) до 17-22 лет

**67. Какой термин для обозначения отставания детей в умственном развитии предложила комиссия ВОЗ:**

- а) олигофрения
- б) психическая отсталость
- в) психическое недоразвитие

**68. Для олигофрении характерны:**

- а) прогрессивность
- б) отсутствие прогрессивности
- в) регрессивность

**69. Тенденция к прогрессированию характерна для:**

- а) приобретенного слабоумия
- б) врожденного слабоумия

**70. При олигофрении обязательно имеются, кроме:**

- а) недоразвитие интеллекта
- б) недоразвитие эмоциональной сферы
- в) недоразвитие соматических органов
- г) малая (ниже нормы) масса (вес) мозга
- д) недоразвитие волевой сферы

**71. Причиной олигофрении является действие вредных факторов на (исключите неверное утверждение):**

- а) генеративные клетки родителей
- б) ребенка в дошкольном периоде жизни (3-7 лет)
- в) родителей
- г) зародыш
- д) плод
- е) ребенка в первые месяцы (годы) жизни

**72. Олигофрения может возникнуть лишь тогда, когда вредностный фактор воздействует на ЦНС организма:**

- а) онтогенез которого закончен
- б) онтогенез которого незакончен

**73. Формы олигофрении располагаются в ряд (по степени утяжеления) в следующей последовательности:**

- а) идиотия, дебильность, имбецильность
- б) дебильность, идиотия, имбицильность
- в) дебильность, имбецильность, идиотия
- г) имбецильность, дебильность, идиотия

**74. Более типичными для олигофрении является недоразвитие:**

- а) концентрации внимания
- б) восприятий внешних объектов и событий
- в) фиксации и последующего воспроизведения впечатлений
- г) наиболее сложных функций мышления

**75. Всегда ли имеется параллелизм между степенью интеллектуального и эмоционально-волевого недоразвития у олигофренов?**

- а) да
- б) нет

**76. Выделите три наиболее часто встречающиеся при олигофрении отклонения в физическом развитии:**

- а) волчья пасть
- б) диспластичность телосложения
- в) аномалии строения черепа
- г) врожденные пороки сердца
- д) крипторхизм
- е) коропкопалость
- ж) нарушение плавности и точности движений

**77. Определите характерный признак для идиотии:**

- а) речь отсутствует, больные издают отдельные нечленораздельные звуки
- б) запас слов 200-300, звукопроизношение и артикуляция дефектны
- в) запас слов достаточный, но есть склонность к речевым штампам, смысла которых больные часто не понимают

**78. Определите характерный признак для имбецильности:**

- а) речь отсутствует, больные издают отдельные нечленораздельные звуки
- б) запас слов 200-300, звукопроизношение и артикуляция дефектны
- в) запас слов достаточный, но есть склонность к речевым штампам, смысла которых больные часто не понимают

**79. Определите характерный признак для дебильности:**

- а) речь отсутствует, больные издают отдельные нечленораздельные звуки
- б) запас слов 200-300, звукопроизношение и артикуляция дефектны
- в) запас слов достаточный, но есть склонность к речевым штампам, смысла которых больные часто не понимают

**80. Определите характерный признак для имбецильности:**

- а) J Q = 0-19
- б) J Q = 0-9
- в) J Q = 20-49
- г) J Q = 10-29
- д) J Q = 50-69
- е) J Q = 30-49

**81. Определите характерный признак для дебильности:**

- а) J Q = 0-19
- б) J Q = 0-9
- в) J Q = 20-49
- г) J Q = 10-29
- д) J Q = 50-69
- е) J Q = 30-49

**82. Определите характерный признак для идиотии:**

- а) J Q = 0-19
- б) J Q = 0-9
- в) J Q = 20-49
- г) J Q = 10-29
- д) J Q = 50-69
- е) J Q = 30-49

**83. Определите характерный признак для идиотии:**

- а) к самостоятельной жизни не способны, нуждаются в опеке
- б) беспомощны, требуют постоянного ухода и надзора
- в) могут жить самостоятельно, но легко внушаемы и легко поддаются

дурному влиянию

**84. Определите характерный признак для дебильности:**

- а) к самостоятельной жизни не способны, нуждаются в опеке
- б) беспомощны, требуют постоянного ухода и надзора
- в) могут жить самостоятельно, но легко внушаемы и легко поддаются

дурному влиянию

**85. Определите характерный признак для имбецильности:**

- а) к самостоятельной жизни не способны, нуждаются в опеке
- б) беспомощны, требуют постоянного ухода и надзора
- в) могут жить самостоятельно, но легко внушаемы и легко поддаются

дурному влиянию

**86. Определите характерный признак для имбецильности:**

а) могут учиться в специальных школах – с большой наглядностью с медленным темпом обучения. Овладевают элементарными профессиями

б) не овладевают элементарными навыками самообслуживания

в) способность к самообслуживанию, могут освоить несложные виды труда, но не могут обучаться в школе любого типа

**87. Определите характерный признак для дебильности:**

а) могут учиться в специальных школах – с большой наглядностью с медленным темпом обучения. Овладевают элементарными профессиями

б) не овладевают элементарными навыками самообслуживания

в) способность к самообслуживанию, могут освоить несложные виды труда, но не могут обучаться в школе любого типа

**88. Определите характерный признак для идиотии:**

а) могут учиться в специальных школах – с большой наглядностью с медленным темпом обучения. Овладевают элементарными профессиями

б) не овладевают элементарными навыками самообслуживания

в) способность к самообслуживанию, могут освоить несложные виды труда, но не могут обучаться в школе любого типа

**89. Определите характерный признак для дебильности:**

а) аффективные проявления примитивны и обычно связаны с чувством голода, страха, гнева

б) эмоции модифицированные, но разнообразны: выражено чувство привязанности к родными иногда – сознание собственной неполноценности. Одни – робки, застенчивы, обидчивы; другие раздражительны, злобны, мстительны

в) эмоциональная жизнь достаточно богатая, но высшие чувства недоразвиты

**90. Определите характерный признак для идиотии:**

а) аффективные проявления примитивны и обычно связаны с чувством голода, страха, гнева

б) эмоции модифицированные, но разнообразны: выражено чувство привязанности к родными иногда – сознание собственной неполноценности. Одни – робки, застенчивы, обидчивы; другие раздражительны, злобны, мстительны

в) эмоциональная жизнь достаточно богатая, но высшие чувства недоразвиты

**91. Определите характерный признак для имбецильности:**

а) аффективные проявления примитивны и обычно связаны с чувством голода, страха, гнева

б) эмоции модифицированные, но разнообразны: выражено чувство привязанности к родными иногда – сознание собственной неполноценности. Одни – робки, застенчивы, обидчивы; другие раздражительны, злобны, мстительны

в) эмоциональная жизнь достаточно богатая, но высшие чувства недоразвиты

**92. Определите характерный признак для идиотии:**

а) движения развиты недостаточно. Способны самообслуживания, могут освоить несложные виды труда, но работа носит автоматический характер. При необходимости изменить шаблон – теряются

б) двигательная сфера резко дефектна: не могут ходить и стоять, не овладевают элементарными двигательными навыками

в) движения развиты достаточно для овладения несложными профессиями. Недоразвиты точные и плавные движения при сложных двигательных актах

**93. Определите характерный признак для дебильности:**

а) движения развиты недостаточно. Способны самообслуживания, могут освоить несложные виды труда, но работа носит автоматический характер. При необходимости изменить шаблон – теряются

б) двигательная сфера резко дефектна: не могут ходить и стоять, не овладевают элементарными двигательными навыками

в) движения развиты достаточно для овладения несложными профессиями. Недоразвиты точные и плавные движения при сложных двигательных актах

**94. Определите характерный признак для имбецильности:**

а) движения развиты недостаточно. Способны самообслуживания, могут освоить несложные виды труда, но работа носит автоматический характер. При необходимости изменить шаблон – теряются

б) двигательная сфера резко дефектна: не могут ходить и стоять, не овладевают элементарными двигательными навыками

в) движения развиты достаточно для овладения несложными профессиями. Недоразвиты точные и плавные движения при сложных двигательных актах

**95. Определите характерный признак для дебильности:**

а) речь и мышления практически отсутствуют

б) недостаточность отвлеченного мышления: суждения примитивны, умозаключения недостаточны

в) отвлечение от конкретного малодоступно: мышление замедленное, непоследовательное. Отвлеченный счет не удается.

**96. Определите характерный признак для имбецильности:**

а) речь и мышления практически отсутствуют

б) недостаточность отвлеченного мышления: суждения примитивны, умозаключения недостаточны

в) отвлечение от конкретного малодоступно: мышление замедленное, непоследовательное. Отвлеченный счет не удается.

**97. Определите характерный признак для идиотии:**

а) речь и мышления практически отсутствуют

б) недостаточность отвлеченного мышления: суждения примитивны, умозаключения недостаточны

в) отвлечение от конкретного малодоступно: мышление замедленное, непоследовательное. Отвлеченный счет не удается.

**98. Причины, которые могут привести к декомпенсации состояния у олигофренов (исключите неверное утверждение):**

а) период полового созревания

б) незанятость работой

в) психогенные факторы

г) неблагоприятные бытовые условия

д) инфекции, интоксикации, травмы.

Составьте словарь специальных терминов, используемых в клинике интеллект-туальных нарушений.

### **6.3. Напишите доклад и разработайте презентацию по актуальной проблеме в клинике интеллектуальных нарушений.**

Критерии оценивания по оценочному средству:

1. Умеет вести научную дискуссию, демонстрирует умение публичного выступления.

2. Излагает материал логично, лаконично, выделяет существенные аспекты проблемы.

Способен аргументированно и обоснованно представить основные положения, значение существующих исследований и научно-методических разработок в решении проблемы.

3. Демонстрирует уважительное отношение к авторам, не нарушая этических принципов, дает сравнительный критический анализ, критически оценивает собственную позицию.

4. Умеет построить доклад с учетом особенностей аудитории.

5. Применяет информационные технологии с учетом особенностей восприятия аудитории (оформление презентации, читаемость текста, четкость представленных данных).

#### **Примерная тематика докладов**

1. История учений об олигофрении (Российские ученые).

2. Классификация олигофрении (по Г. И. Сухаревой, В.В. Ковалеву, М.С. Певзнер).

3. Причина или этиология олигофрении.

4. Имбицильность.

5. Идиотия.

6. Дебильность.

7. Морфологическое строение головного мозга при умственной отсталости

8. Неврологические нарушения при умственной отсталости.

9. Поражение внутренних органов при умственной отсталости.

10. Врожденные аномалии.

11. Наследственные заболевания (общая характеристика).

12. Хромосомные заболевания (общая характеристика).

13. Генные заболевания (классификация).
14. Болезнь Дауна.
15. Болезнь Шерешевского-Тернера.
16. Болезнь Клайнфельтера. (ХУУУ) синдромами.
17. Хромосомные синдромы (синдром дубль-У, трисомия).
18. Фенилкетонурия.
19. Глюкозурия, фруктозурия.
20. Амовратическая идиотия (болезнь Тея-Сакса)
21. Мукаполисахаридозы.
22. Обменно-гормональные нарушения (гипотериоз).
23. Олигофрения на почве алкоголя.
24. Олигофрения на почве сифилиса.
25. Олигофрения на почве токсоплазмоза.
26. Олигофрения на почве генных заболеваний с неясным ходом
27. наследования.
28. Олигофрения на почве гемолитической болезни новорожденных.
29. Моногенно наследуемые заболевания.
30. Гидроцефалия.
31. Микроцефалия.
32. Общая характеристика ЗПР.
33. Дифференциальная диагностика ЗПР и дебилности.
34. ЗПР органического происхождения.
35. ЗПР - психогенная форма.
36. ЗПР - церебрального происхождения.
37. ЗПР - связанная с психофизиологическим инфантилизмом.
38. Деменция формы, классификация.
39. Медико-генетическое консультирование.
40. Медико-психолого-педагогическое консультирование детей с

умственной отсталостью

#### **6.4. Письменная работа (аудиторная), решение задач.**

##### Ситуационные задачи для решения на лекционных и семинарских занятиях

#### **Задание № 1**

Вера А., 14 лет. Контакт установлен постепенно. Интерес к заданиям низкий, самостоятельная работа слабая, требует массивной стимуляции. Эмоциональные реакции не выражены, темп работы медленный, переключение затруднено, отмечается застревание на действиях. К концу исследования выявляется истощаемость, низкая концентрация и слабое волевое усилие.

Память, внимание, распределение и переключение внимания нарушены. Речь бедна, с ошибками, кругозор ограничен. Познавательные интересы узкие, уровень развития интеллектуальных функций низкий (память, мышление, аналитико-синтетические способности). Сложности с перцептивными задачами, анализом, синтезом, выделением главного и установлением закономерностей, требуется массивная обучающая помощь. У девочки выявлены выраженные нарушения интеллектуальных функций, включая память, мышление, аналитико-синтетические способности, речь, внимание и адаптационные навыки, IQ – 40 (по Векслеру).

*Ваши гипотезы о возможных причинах поведения ребёнка. Составьте перечень диагностического инструментария для обследования. Предложите рекомендации.*

#### **Задание № 2**

Гипотеза: У Тони умеренная умственная отсталость (по МКБ – 10 легкая имбецильность, раздел F.71).

Рекомендуется обучение по индивидуальной адаптированной образовательной программе (АООП) в коррекционной школе VIII вида (специальное образование для детей с умеренной умственной отсталостью). Программа должна учитывать необходимость значительной педагогической помощи и ориентацию на развитие базовых навыков самообслуживания и

социально-бытовой адаптации. С учетом умеренной умственной отсталости:

1. Возможен прогресс в навыках самообслуживания и бытовой адаптации при адекватной коррекционно-развивающей помощи.
2. Сложности в освоении сложных академических и профессиональных навыков.
3. Сохранение зависимости от внешней поддержки в социально-бытовой сфере.
4. Возможность частичной социализации в рамках доступных видов деятельности.

Гипотезы о возможных причинах поведения ребенка.

1. Органическое поражение головного мозга (перинатальные патологии, гипоксия, инфекционные заболевания).
2. Генетические или наследственные факторы (синдромы или аномалии развития).
3. Социально-педагогическая запущенность или недостаток стимулирующей среды в раннем возрасте.

Диагностический инструментарий для обследования:

1. Психометрические тесты: Шкала интеллекта Векслера (WPPSI, WISC).
2. Диагностика на развитие ВПФ.
3. Нейропсихологическое обследование.
4. Проективные методы (рисунок человека, тест Люшера).
5. Оценка адаптивного поведения (шкалы Вайнленда).
6. Консультация невролога и генетика (для выявления органических причин).
7. Логопедическое обследование речи.

Рекомендации:

1. Проведение комплексной коррекционно-развивающей работы (педагог, психолог, логопед, дефектолог).

2. Развитие базовых навыков (коммуникация, самообслуживание).
3. Постоянная психолого-педагогическая поддержка семьи.
4. Регулярный мониторинг состояния здоровья у профильных специалистов.
5. Программы трудовой подготовки с учетом возможностей.

Вопросы для родителей:

1. Что именно Вас беспокоит в поведении и развитии ребёнка?
2. Расскажите, когда Вы впервые заметили за ребёнком такие особенности? Обращались ли Вы к специалистам ранее?
3. Расскажите, как проходили роды? Были ли какие-то проблемы или осложнения? Инфекционные заболевания?
4. Вы говорили, что ребенок часто болел, какие заболевания беспокоили? Есть ли какие-то хронические заболевания?
5. Как ребенок учится, осваивает учебную программу?
6. Как девочка адаптируется в обществе? Поддерживает ли коммуникацию со сверстниками, преподавателями?
7. Какие трудности у ребёнка возникают в быту?

### **Задание № 3**

Илья Н. 7 лет, поздно рождённый. В течение жизни, наблюдается задержанное развитие, позже начал сидеть, ходить и говорить. Лицо с маленьким носом, запавшим переносьем, вывернутыми вперед, несколько недоразвитыми ноздрями, резкой гипоплазией средней трети лица, на фоне этого возникает апноэ. Укорочение рук и ног. Неловкость в движениях, с трудом застёгивает и расстегивает пуговицы, молнии, завязывает шнурки. Сопутствующим является умеренная степень умственной отсталости. Наблюдается также недоразвитие речи и бедный словарный запас. У мальчика ограниченность представлений. С трудом концентрирует свое внимание, легко отвлекается, быстро утомляется, а также гипомнезия. Ребенок не критичен, преобладание положительных эмоций, быстрая смена настроения. Эмоциональные реакции не соответствуют причине, вызвавшей

их, слабо контролируемые. Только под контролем взрослого может помыть руки, умыться лицо, воспользоваться ложкой для приема пищи.

1. *Назовите вид и причины нарушения.*
2. *Взаимодействие каких специалистов необходимо.*
3. *Сделайте социально-психологический прогноз развития мальчика*

#### **Задание № 4**

Антон М. 7 лет. У мальчика пренатальная патология. Антон двигательнo неловок, у него не сформированы трудовые навыки и навыки самообслуживания. Во время обследования ребенок смеялся, на замечания не реагировал, было трудно привлечь его внимание. Из 3 - 4 картинок выбирал ту, которую называли. Словарный запас крайне ограничен, родовые категории не усвоены. У ребенка наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, отмечен низкий уровень социальной адаптации. Ребенок частично понимает обращенную речь, лексика и словарный запас крайне ограничены. Устная речь состоит из отдельных слов, структура слов нарушена, чаще всего ребенок использует жесты. У ребенка ярко-выражены двигательные нарушения – походка замедлена, неуклюжа, плохая координация движений. Восприятие поверхностно, окружающие предметы воспринимаются и различаются удовлетворительно. Внимание серьезно нарушено, малый объем памяти. Мышление хаотично, у ребенка отсутствуют смысловые связи. Под контролем взрослого ребенок может помыть руки, умыться лицо, с направляющей помощью взрослого может воспользоваться ложкой для приема пищи. С ребенком активно занимаются родители и логопед.

*Ваши гипотезы о возможных причинах поведения ребёнка. Составьте перечень диагностического инструментария для обследования. Предложите рекомендации.*

#### **Задание № 5**

1. У Антона пренатальные патологии могут быть основным фактором в развитии нарушений. Возможные причины: родовые травмы, инфекционные заболевания матери во время беременности, гипоксия плода и стрессовые

факторы или травмы.

Нарушения в социальной адаптации.

Нарушения внимания и памяти.

Нарушения в речевом развитии.

2. Перечень диагностического инструментария:

Психологическое обследование:

- Тесты для диагностики умственного развития (например, тесты для оценки уровня интеллекта, тесты на развитие памяти и внимания)

- Тесты на развитие речи (тесты, направленные на диагностику уровня развития речи, словарного запаса и структуры речи)

- Диагностика внимания (например, таблица Шульте) для определения объема и уровня концентрации внимания.

Речевые и логопедические обследования (логопед может провести обследование на определение уровня речевого развития и детализировать тип нарушений - дислексия, дизартрия и др.).

3. Рекомендации:

Коррекционная работа с психомоторным развитием:

Применение методов физиотерапии и массажных техник, направленных на улучшение координации движений и моторики. Разработка индивидуальной программы с логопедом и дефектологом для улучшения двигательных навыков, ориентированных на повседневную деятельность. Логопедическая работа: Регулярные занятия с логопедом для улучшения речевых навыков, развитие активного и пассивного словаря, работа над произношением и структурами фраз. Использование жестов и других вспомогательных методов для облегчения коммуникации. Социально-адаптационная работа: Применение методов развития социального взаимодействия, в том числе через игру и моделирование ситуаций. Психологическая поддержка: Проведение регулярных занятий с психологом для улучшения внимания, памяти, а также эмоционального состояния ребенка. Использование простых упражнений для концентрации внимания и развития памяти, таких как повторение простых заданий. Семейная поддержка: Родители должны продолжать активно

участвовать в процессе реабилитации, выполняя домашние задания, а также работать над улучшением навыков самообслуживания у ребенка. Регулярное общение с педагогами, психологами и другими специалистами позволит более эффективно контролировать прогресс и адаптацию ребенка.

Вопросы для родителей

Как Антон реагирует на ваши замечания или попытки организовать его действия?

А если дать ему задание, например, что-то показать или выбрать?

Как ребенок общается с людьми? Использует больше слов или жестов?

Расскажите подробнее, что с его движениями? Вы упомянули неловкость.

Как ваш ребенок воспринимает окружающий мир?

Что касается самообслуживания, что он умеет делать?

Еще вы говорили, что занимаетесь с ним дома, какие занятия, методики применяете, вам что-то советовали, посещаете ли других специалистов?

### **Задание №6**

Оля М., 7 лет, с диагнозом F72, родилась с заячьей губой. У неё плохо развита речь, память и восприятие информации. Образное мышление слабое, иногда проявляет агрессию. Эмоционально она почти не улыбается и редко смеётся, кажется безразличной. У девочки общая мышечная слабость и частые судороги. Она может одеваться и кушать самостоятельно. Оля сильно привязана к родителям, но боится новых людей, что приводит к агрессии или избеганию общения с детьми. Она плохо идёт на контакт, и простые разговоры вызывают у неё стресс.

1. Какие факторы могли повлиять на развитие нарушений у Оли?
2. Можно ли компенсировать её проблемы?
3. Возможна ли коррекция олигофрении?
4. Каковы шансы на успешное развитие Оли в будущем?

### **Задача №7**

Патогенные факторы, влияющие на развитие, включают инфекции и

вирусы, перенесённые матерью (например, краснуха и цитомегаловирус), алкогольную или наркотическую зависимость, гипоксию при родах и химические воздействия.

Комплексный подход может компенсировать некоторые нарушения и включает: раннее вмешательство, специальное образование, логопедические занятия, психотерапию и физическую реабилитацию.

Олигофрения остаётся на всю жизнь, но возможно значительное улучшение в обучении и социализации через специальные программы и адаптацию.

С необходимой поддержкой и индивидуальным подходом Оля сможет развивать социальные навыки и адаптироваться к школе и жизни. Важно активное участие родителей.

Вопросы психолога:

Были ли осложнения во время беременности или родов? Как протекала беременность?

Какие методы вы используете, чтобы помочь Оле чувствовать себя комфортно в новых ситуациях?

Участвует ли она в занятиях с логопедом или другими специалистами?

Как Оля общается с другими детьми и взрослыми? Есть ли у неё друзья?

Есть ли у вас поддержка от друзей или родственников? Как они помогают?

### **Задание № 8**

Синдром раннего детского аутизма Каннера (от рождения до 36 месяцев жизни ребенка).

Игровая деятельность однообразная, стереотипная (пересыпание, переключивание, постукивание предмета о предмет, касание ими лица, обнюхивание, облизывание), отсутствует подражание. Быстрая пресыщаемость любым действиям, или застреваемость на одной и той же манипуляции. После 3 лет появилось сверхценное отношение к отдельным предметам (к машинкам, колесам).

Форма общения с родными – без эмоциональной реакции, вплоть до

отказа общения. Но тревожится при отсутствии матери и при этом не проявляет реакции на ее появление.

Речь – первые слова к 18 мес., первые фразы к 36 мес., эхолалия, фразы-штампы, не задает вопросов, отсутствует местоимение «я».

Отрицательные реакции на изменение в привычных жизненных стереотипах (новый вид пищи, одежда и т.д.), вызывает реакцию избегания, аутоагрессию. Инверсия цикла сна и бодрствования, затрудненное засыпание, прерывистый сон. Мышечный тонус отличается непостоянством – то снижен, то повышен. Моторика – ходьба на цыпочках. Отмечается вторичная задержка психического развития.

*Взаимодействие каких специалистов необходимо при коррекции данного дефекта? Предложите рекомендации?*

### **Задание № 9**

При коррекции (РАС) у дошкольников важно взаимодействие различных специалистов, чтобы обеспечить комплексный подход к коррекции.

Таковыми специалистами являются: психолог, педагог-дефектолог, логопед, невролог, психиатр, социальный работник, специалисты по физической реабилитации (эрготерапевты), специалисты по игротерапии.

Коррекция расстройства у детей включает различные методы и стратегии.

1. Индивидуальный подход. 2. Развитие коммуникации (жесты, карточки PECS), или электронные устройства для общения, если речь не развивается. 3. Развитие социальных навыков. 4. Эмоциональная поддержка. 5. Поведенческая коррекция (методы прикладного анализа поведения (АВА), направленных на изменение поведения через поощрение положительных действий.) 6. Сенсорная интеграция (для восприятия сенсорной информации и снижения чувствительности к раздражителям.) 7. Вовлечение семьи (участие в группах поддержки для обмена опытом и получения советов.) 8. Медицинская поддержка. 9. Применение современных инновационных методов лечения (БАК- биоакустическая коррекция, БОС-терапия помогает с проблемой

самоконтроля и эмоционально-волевой регуляции).

Рекомендации для родителей:

1. Понимание и принятие
2. Создание структурированной среды.
3. Взаимодействие с другими и забота о себе.

*Был ли у вас ранее опыт общения с психологами или другими специалистами? Какие проявления вас насторожили и как вы оцениваете уровень развития вашего ребенка?*

### **Задание № 10**

**Квалифицировать описанное ниже слабоумие.** Мальчик К., 12 лет. Учится в 3-м классе школы 8-го вида. Ребенок от первой беременности, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная задержка в развитии. Первые слова стал говорить к трем годам. Всегда был двигательно беспокойен, криклив, плаксив. С детьми играть не умел. Обижал младших, отнимал у них игрушки. Импульсивен, груб, развязен. Учиться начал с 7 лет. За год обучения не овладел грамотой, другими школьными навыками.

За время уроков ни минуты ни оставался спокоен, играл с разными предметами, гримасничал, расхаживал по классу, задевал соседей, выкрикивал. На перемене становился крайне расторможенным. Психологическое исследование выявило крайне ограниченный запас сведений. Знал всего лишь несколько букв, понятие о числе отсутствовало, часто соскальзывал с задания, легко отвлекался, реактивно реагировал на случайные раздражители.

### **Задание № 11**

У Миши К. 3,5 лет синдром Дауна. Ребенок воспитывается в благополучной семье, никогда не посещал дошкольное образовательное учреждение. Семья материально хорошо обеспеченная (отец работает, мать сидит с ребенком). У мальчика наблюдается нарушение речи, выражающееся в нарушении звукопроизношения, плохом понимании обращенной речи. Миша К. простейшие задания выполняет не в полном объеме, не сформированы

бытовые навыки.

1. Укажите первичный дефект, вторичные отклонения в развитии Миши.
2. Определите форму умственной отсталости у ребенка.
3. К каким специалистам Вы посоветуете обратиться родителям?
4. Предложите рекомендации родителям по воспитанию Миши.

### **Задание № 12**

Коля С., 8 лет, ученик 1 класса специальной школы VIII вида. У ребёнка олигофрения вследствие акушерской патологии. Мальчик хорошо ориентируется в быту. Коля огорчается при неудачах, адекватно реагирует на жизненные ситуации. Любит помогать учительнице, является активистом класса. Ребёнок лучше запоминает внешние признаки предметов, у него отмечается задержка в формировании произвольности действий. Ребёнок имеет трудности с целенаправленным заучиванием и припоминанием учебного материала. Мыслительные операции недостаточно сформированы, отличаются конкретностью. У ребёнка достаточно бедный словарный запас, не сформирована внутренняя речь. У Коли проявляется неустойчивость настроения, эмоций, лёгком появлении эмоционального возбуждения, иногда случаются немотивированные аффективные проявления. У ребёнка нарушена критичность к успешности собственной деятельности. Мальчик спокойно себя чувствует в классном коллективе, у него есть круг общения, к одноклассникам настроен положительно.

*Ваши гипотезы о возможных причинах поведения ребёнка. Составьте перечень диагностического инструментария для обследования. Предложите рекомендации.*

### **Задание № 13**

1. Гипотеза: у ребёнка наблюдается умственная отсталость лёгкой степени. У него проявляется эмоциональная лабильность, присутствуют нарушения критичности к собственной деятельности, трудности с заучиванием и припоминанием учебного материала.

2. Перечень диагностического инструментария: методика «Перепутанные (переплетённые) линии» автор М.И.Ильина (изучение концентрации и устойчивости внимания), методика "Исключение лишнего" (изучение способности к обобщению), методика «Пиктограмма» А.Р. Лурия (изучение опосредованного запоминания), тест Люшера (диагностика эмоционального состояния), Методика «Лесенка» Щур В.Г. (исследование самооценки).

### 3. Рекомендации:

- С ребёнком необходимо проводить беседы, направленные на знакомство с многообразием человеческих эмоций.

- Также можно применять словесные и сюжетно-ролевые игры (ребёнок должен понимать уместность, причину и разницу между эмоциями), игра «Смешинки и злючки»: педагог (родитель) предлагает детям рассмотреть два портрета: на одном изображено веселое выражение лица, на другом - злое. Детям задаются вопросы: «Какое настроение у детей, изображенных на картинке? Как вы узнали? Давайте посмотрим, как расположены брови, ротик». Дети внимательно рассматривают. «А теперь давайте подойдем к зеркалу и постараемся изобразить сначала веселое, затем сердито выражение лица». Дети изображают с помощью мимики различное настроение и сравнивают с портретами.

- Применение психодраматических этюдов. Ребёнку необходимо показать, что негативные эмоции можно проявлять в социально приемлемой форме (нельзя никого бить, кусать).

- Применение арт-терапии для снятия эмоционального напряжения, например, упражнение «Каракули»: на первом этапе ребёнку необходимо двигать карандашом по листу бумаги без какой-либо цели, в результате получается сложный «клубок» линий, в котором следует увидеть какой-либо образ и развить его, затем нужно выразить свои чувства и ассоциации в связи с этими образами или можно попробовать придумать историю, основываясь на данных образах. На втором этапе ребёнку нужно изобразить полученный образ с помощью рисования руками 3-ёх каракулей.

- Посещение коррекционно-развивающих занятий по развитию познавательной сферы (внимание, память).

- Необходимо помочь ребёнку в формировании критичности к деятельности:

1. **Давайте возможность получить опыт.** В процессе обсуждения ситуации терпеливо ждите ответа, только потом предлагайте совет и высказывайте свое мнение. Помогите ребенку прийти к собственному выводу наводящими вопросами.

2. **Объясняйте ребёнку моральные нормы и возможные последствия от неправомерных действий с понятными примерами** (нельзя бить кошку, потому что она тоже живое существо и т.п.).

Вопросы для родителя:

1. Как протекали роды? Не были ли роды преждевременными?

2. Есть ли трудности в поведении, общении ребёнка с окружающими людьми? Если да, то в чём они проявляются?

3. Если ли проблема, которая вас беспокоит? Если да, конкретизируйте её пожалуйста.

4. Как ребёнок ведёт себя дома? А какое поведение наблюдается в школе?

5. Как ребёнок реагирует на смену вида деятельности? Чем он любит заниматься в свободное время? Есть у ребёнка хобби?

6. Есть ли у ребёнка друзья в школе, во дворе? Как он с ними взаимодействует? Случались ли между ними конфликты, разногласия?

#### **Задание № 14.**

Екатерина Е., 11 лет. Контакт постепенно установившийся, но недостаточный из-за чрезмерной скованности и неуверенности ребёнка, боязни допустить ошибку. Интерес к заданиям поверхностный. В самостоятельной работе непродуктивна, не проявляет интереса к новым заданиям, при столкновении с трудностями нуждается в массивной стимуляции. Эмоциональные реакции во внешнем плане не выражены.

Темп деятельности медленный, при столкновениях с трудностями ещё сильнее замедляется. Переключение с одного вида деятельности на другой затруднено. Отмечается отчетливая тенденция к застреванию на предыдущем действии. Истощаемость выявляется уже к середине исследования. Концентрация внимания недостаточная, волевое усилие слабое.

Возможности запоминания, удержания и воспроизведения материала затруднены.

Речь бедна, невыразительна, содержит много ошибок, трудна для понимания из-за сильного нарушения произношения. На поставленные вопросы отвечает очень тихо, неуверенно, невнятно, часто произносит отдельные слова, не по существу вопроса. Обращённую речь в целом понимает, но не понимает инструкции к некоторым методикам и обращённые к ней вопросы, в других случаях понимает их только после разнообразных вариаций, упрощающих смысл вопроса или инструкции, невербального показа.

*Ваши гипотезы о возможных причинах поведения ребёнка. Раскройте термин «умственная отсталость» и обозначьте степень интеллектуального снижения для ребенка. Назовите методики, предназначенные для диагностики данного состояния. Предложите рекомендации. Составьте прогноз дальнейшего развития.*

### **Задание № 15.**

Витя Д., ученик 1 класса специальной (коррекционной) школы VII вида. Во время занятий крайне медлителен, неактивен, пассивен, с трудом включается в деятельность, быстро утомляется, отвлекается. Кроме того, у Вити наблюдаются трудности с концентрацией внимания, он часто теряет нить объяснения учителя и нуждается в повторении инструкций. У мальчика также отмечаются проблемы с мелкой моторикой: ему сложно правильно держать ручку, писать буквы и цифры, а также выполнять задания, требующие точности движений. Витя испытывает затруднения при выполнении заданий, связанных с логическим мышлением и анализом информации. Эмоциональная

сфера характеризуется повышенной тревожностью, особенно в ситуациях, когда от него требуется выполнение новых или сложных задач.

Ваши гипотезы о возможных причинах поведения ребёнка. Составьте перечень диагностического инструментария для обследования. Предложите рекомендации.

### **Задание № 16**

В консультацию обратилась мама 5-летнего мальчика Коли С. с жалобой: Коля не проявляет к играм соответствующего его возрасту интереса. В игровой деятельности безынициативен, малоактивен, играет без эмоциональных реакций, безучастно. не оречевляет игровые действия, доминируют функциональные игры, тогда как дети его возраста уже внедряют с в свои игры сюжет. Если в игру вместе с ним пытается вступить взрослый или другой ребёнок никак не реагирует, продолжает однотипно катать машинку.

Речь мальчика очень скудна, только повторяет за взрослыми. Реагирует на обращённую речь, но самостоятельно выполнить задание по указаниям не может. Крайне легко отвлекается, случайные раздражители отвлекают их внимание, приводят к разрушению игры и ее прекращению.

1. Ваши гипотезы о возможных причинах поведения ребёнка.
2. Составьте перечень диагностического инструментария для обследования.
3. Предложите рекомендации.

### **Задание № 17**

Мальчик 4 лет. Обращается к себе в третьем лице, отсутствуют личные местоимения. Развито словотворчество, но не любит общаться, особенно избегает контакта глазами, на улице играет один. Мальчик любит слушать сказки, рассказы, много задает вопросов родителям, интеллект в границах нормы.

1. Какой вид психического дизонтогенеза?

2. Что является причиной данного заболевания?
3. Какой прогноз на будущее у ребенка?
4. Возможна ли компенсация нарушения?

Предложите рекомендации.

### **Задание № 18**

Я мама Тани В., она родилась с асфиксией, наблюдалась у психоневролога. У нас не было возможности придерживаться всех рекомендаций психоневролога, она находилась на домашнем воспитании у бабушки из-за моей работы. Мы ее не водили к логопедам или психологам, не было возможности. Думали, что она нагонит сверстников. Сейчас ей 6 лет, и она нечетко говорит, до сих пор не выговаривает некоторые звуки. Знает мало слов. Не может выбрать лишний предмет, не может обобщать. Внимание у нее слабое, легко отвлекается. Часто не может усидеть на месте и на замечания воспитателей не реагирует. Скажите, что с моим ребенком? Что можно сделать, чтобы она была на одном уровне со сверстниками?

### **Задание № 19**

**Дать рекомендации родителям** Девочке в августе исполнилось 7 лет. В течение пяти лет с родителями жила за границей, детский сад не посещала. Мать очень любит девочку и безмерно балует ее. Девочка не приучена к самообслуживанию, капризна. При собеседовании в гимназию она показала низкий уровень знаний. Родители привели ее на консультацию к дефектологу. Был выявлен бедный словарный запас, трудности со сосредоточением внимания, нежелание выполнять предлагаемые задания, детскость поведения. Мыслительные операции не нарушены, но есть общая интеллектуальная пассивность. Что целесообразнее рекомендовать родителям:

### **Задание № 20**

**Обобщить результаты наблюдений** Мальчик А. , 7 лет 6 мес. Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные

трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 месяцев), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ (диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи. В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность, многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении. С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению

интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.

### **Задание №21**

**Определить, чем обусловлены проблемы в обучении ребенка**

Мальчик 9 лет, ученик 2-го класса, имеет плохое поведение и неуспешен в обучении, отстранялся от школьной жизни, дрался с детьми, много и несвязно говорил, иногда на одну и ту же тему. В анамнезе отмечалось, что ряд родственников по линии отца были людьми нервными, раздражительными с большими странностями в характере. Мальчик родился от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений. До 6 лет психическое и физическое развитие протекало нормально. С 6 лет мальчик стал постепенно меняться. У него появилось двигательное беспокойство, повышенная раздражительность, речевое возбуждение. К 7 годам странности в поведении усилились. Он не мог сосредоточиться на занятии, быстро переходил от одного дела к другому.

Когда ему читали рассказ, он нередко перебивал чтение фразой, не имеющей к рассказу никакого отношения. В школу пошел 8 лет, в обучении был непродуктивен. При обследовании было установлено, что физическое развитие мальчика соответствует возрасту.

Установить с ним контакт почти невозможно в силу расстройства внимания. При обследовании выявилась «разорванность» мышления. В его речь неожиданно вплетаются непонятные и не связанные между собой фразы: «Он далеко, если не сможет позвонить. Все равно я поеду. Мальчик не эмоционален, часто стоит один и гримасничает.

### Практические задания для решения на лекционных и семинарских занятиях

**Задание 1. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта:** Лена Л., ученица 3-го класса массовой школы, была направлена на консультацию с жалобами на большие затруднения в обучении. Со слов матери, беременность этой девочкой протекала при плохом самочувствии, с наличием токсикоза и резко повышенного кровяного давления. Роды затяжные, с выдавливанием плода. Раннее развитие ребенка шло с задержкой ходьбы и речи. В дошкольном возрасте родные отметили, что девочка заметно отстает в развитии по сравнению с другими детьми. Она не проявляла никакой любознательности, не задавала вопросов, не запоминала стихов, не интересовалась книгами, в игре была мало инициативна и зачастую не понимала игровой ситуации. Отставание в развитии особенно резко проявилось, когда девочка в возрасте 7 лет пошла в школу. С первых дней обучения выяснилось, что Лена не может усвоить самые элементарные школьные навыки: не могла запомнить ни одной буквы не могла овладеть порядковым счетом в пределах 5. При этом в поведении девочки никаких отклонений не наблюдалось. В связи с ее полной неуспеваемостью матери предложили временно взять Лену из школы. Через год она вновь поступила в 1-й класс массовой школы, но и на этот раз у нее выявились затруднения при обучении. И хотя в течение этого года девочка дополнительно занималась с педагогом, а уроки ей помогала готовить мать, она была

переведена во 2-й класс без достаточных знаний и навыков. Во 2-м классе девочка механически заучила некоторые приемы счета, таблицу умножения, но очень плохо справлялась с решением арифметических задач. В 3-м классе Лена, даже при большой помощи, которая ей оказывалась, справиться со школьными требованиями не могла.

**Задание 2. Квалифицировать нарушение интеллектуальной деятельности по клинической иллюстрации:** Больной С.16 лет. В раннем детстве развивался без отклонений: ходить начал до года, первые слова стал произносить в год, фразы - около 2 лет. К окружающим относился дифференцированно, интересовался игрушками, картинками. Когда мальчику было 3 года, он перенес тяжелую травму головы - упал с высоты 2 м, ударившись теменем об асфальт. Около 3 часов не приходил в сознание. На следующий день после травмы обнаружены косоглазие и усиленное слюнотечение. Перестал ходить. Речь стала невнятной. Утратил начальные навыки самообслуживания, ел с посторонней помощью. Временами отмечалось недержание кала и мочи. Не ходил самостоятельно до 6 лет. Очень медленно развивались навыки самообслуживания, в возрасте 9 лет с 21 трудом мог одеться сам. Игра долго была однообразной, подражательной, не проявлял интереса к чтению рассказов и сказок.

**Задание 3. Проанализировать приведенный ниже клинический пример** Мальчик В., 10 лет. Ребенок от второй беременности, к-рая протекала нормально. В раннем возрасте развивался нормально. В 7 лет заболел корью в тяжелой форме, сопровождавшейся нарушениями сознания, судорогами, рвотой, явлениями общего психомоторного возбуждения, выраженными менингеальными симптомами. Вскоре после выписки из больницы родители заметили ряд изменений состояния мальчика: появились беспокойный сон, сильная истощаемость, головные боли. Мальчик стал раздражительным, драчливым, непослушным. В школу пошел в 8 лет, интереса к занятиям не проявил, учебные навыки не приобрел. Резко ухудшилась память, не понимал

сказок, рассказов, смысл которых ему был доступен до болезни. Школьную программу не усваивал. Ориентировка в окружающем недостаточна, но запас представлений выше, чем у олигофренов.

**Задание 4. Квалифицировать описанное ниже слабоумие Мальчик К., 12 лет.** Учится в 3-м классе школы 8-го вида. Ребенок от первой беременности, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная задержка в развитии. Первые слова стал говорить к трем годам. Всегда был двигательно беспокойен, криклив, плаксив. С детьми играть не умел. Обижал младших, отнимал у них игрушки. Импульсивен, груб, развязен. Учиться начал с 7 лет. За год обучения не овладел грамотой, другими школьными навыками.

За время уроков ни минуты ни оставался спокоен, играл с разными предметами, гримасничал, расхаживал по классу, задевал соседей, выкрикивал. На перемене становился крайне расторможенным. Психологическое исследование выявило крайне ограниченный запас сведений. Знал всего лишь несколько букв, понятие о числе отсутствовало, часто соскальзывал с задания, легко отвлекался, реактивно реагировал на случайные раздражители....

**Задание 5. Дать рекомендации родителям Девочке в августе исполнилось 7 лет.** В течение пяти лет с родителями жила за границей, детский сад не посещала. Мать очень любит девочку и безмерно балует ее. Девочка не приучена к самообслуживанию, капризна. При собеседовании в гимназию (именно в этом типе школы родители решили ее обучать) она показала низкий уровень знаний. Взмолвленные родители привели ее на консультацию к дефектологу. Был выявлен бедный словарный запас, трудности со сосредоточением внимания, нежелание выполнять предлагаемые задания, детскость поведения. Мыслительные операции не нарушены, но присутствует общая интеллектуальная пассивность. Что целесообразнее рекомендовать родителям:

**Задание 6. Обобщить результаты наблюдений Мальчик А. , 7 лет 6 мес.** Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 мес. ), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ( диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи. В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность, многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении. С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.

**Задание 7. Определить, чем обусловлены проблемы в обучении ребенка Сережа Д. 9 лет, ученик 2-го класса,** был труден в обучении и поведении, не успевал по всем предметам, не включался в школьную жизнь , не ладил с детьми, был двигательно беспокоен, много и несвязно говорил, иногда на одну и ту же тему. В анамнезе отмечалось, что ряд родственников по линии отца были людьми нервными, раздражительными с большими странностями в характере. Сережа родился от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений. До 6 лет психическое и физическое развитие протекало нормально. С 6 лет

мальчик стал постепенно меняться. У него появилось двигательное беспокойство, повышенная раздражительность, речевое возбуждение. К 7 годам странности в поведении увеличились. Он не мог сосредоточиться на каком-либо занятии, быстро переходил от одного дела к другому. Когда ему читали рассказ, он нередко перебивал чтение фразой, не имеющей к рассказу никакого отношения. В школу Сережа пошел 8 лет, в обучении был непродуктивен. При обследовании было установлено, что физическое развитие мальчика соответствует возрасту; со стороны нервной системы отклонений нет.

Установить с ним контакт почти невозможно в силу расстройства внимания. При обследовании выявилась «разорванность» мышления. В его речь неожиданно вплетаются непонятные и не связанные между собой фразы: «Он далеко, если не сможет позвонить. Все равно я поеду. У меня Петькин ножик. Надо прыщик содрать....» Сережа неэмоционален, часто стоит один и гримасничает.

#### **6.5. Индивидуальное собеседование по теме занятия.**

Проанализируйте лекционный материал, учебники, учебно-методические пособия, монографии и научную литературу по темам (предложенные преподавателем) дисциплины. Составьте план ответа, аргументируя свою точку зрения

#### **6.6. Задания демонстрационного задания**

Разработайте технологическую карту проведения диагностики и представьте (проведите) ее элемент (фрагмент диагностики).

##### *6.6.1. Технологическая карта*

Педагог-дефектолог	Родители
Тема:	Подтема:
Дата:	

Стратегическая цель:
Формы проведения: индивидуальная / консультация. Методы: словесные, наглядные, практические.
Основные термины и понятия:
Планируемые результаты:
Организационная структура:

### 6.6.2. Оценочный лист для экспертов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»

#### ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

для текущей аттестации в форме профессионального демонстрационного экзамена по дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений»

Код и наименование направления подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

Направленность Специальная психология в образовательной и медицинской практике

Профессиональный стандарт: Педагог-дефектолог (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.03.2023 № 136н).

Обучающийся \_\_\_\_\_

Баллы за выполненные семинарские задания:

Трудовые действия / необходимые умения / необходимые знания /	Компетенции по УП	Критерии оценивания	Баллы	
			Максимальный балл	Балл обучающегося

<p>Необходимые знания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этиология и патогенез интеллектуальных нарушений</li> <li>2. Классификация интеллектуальных нарушений</li> <li>3. Особенности психического и психофизического развития лиц с интеллектуальными нарушениями</li> <li>4. Принципы ранней диагностики и профилактики</li> <li>5. Методология педагогических исследований в области интеллектуальных нарушений.</li> <li>6. Закономерности психофизического развития лиц с ОВЗ.</li> <li>7. Связь между клиническими проявлениями и педагогическими методами.</li> </ol>	<p>ОПК-6 Способен использовать психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями</p> <p>ОПК-8 Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний</p> <p>ПК-6 Способен проводить психолого-педагогическое изучение особенностей психофизического развития, образовательных возможностей, потребностей и достижений лиц с ОВЗ</p>	<p><b>1.</b> Приветствие, установление контакта и уточнение запроса.</p>	10	
		<p><b>2.</b> Отражение в сообщении педагога – дефектолога знаний им психолого-педагогических особенностей детей, в том числе и ОВЗ</p>	20	
		<p><b>3.</b> Ведущий диагностики раскрывает методы и приемы диагностики.</p>	15	
		<p><b>4.</b> Демонстрация диагностики (эмоциональная выразительность, эмпатия).</p>	15	
		<p><b>5.</b> Диагностика содержит сведения, соответствующие заявленной тематике, понятны, конкретны, не перегружают лишней информацией</p>	20	
		<p><b>6.</b> Трудовые действия демонстрируют способность практически путем достичь стратегическую цель диагностики, планируемых</p>	20	
<p>Трудовые действия: Планирование и проведение специальной психолого-педагогической диагностики обучающихся с нарушениями с учетом возраста, индивидуальных особенностей.</p>				

<p>Необходимые умения: Подбирать, адаптировать и предъявлять стимульный материал для проведения диагностического обследования обучающихся с нарушениями в соответствии с требованиями к проведению обследования</p>		<p>результатов; представить образовательные ресурсы, использовать различные методы и приемы при проведении диагностики; придерживаться заявленной организационной структуры.</p>		
---	--	--	--	--

Итого: 100 баллов за представленное на демонстрационном экзамене выполненное задание.

Оценка за текущий контроль по дисциплине является суммой баллов за семинарские занятия и демонстрационный экзамен:

86-100 отлично

61-85 хорошо

41-60 удовлетворительно

40 баллов и ниже неудовлетворительно

Результат:

Эксперт: \_\_\_\_\_

## Лист внесения изменений

Дополнения и изменения в рабочую программу дисциплины  
на 2021/2022 учебный год

В программу вносятся следующие изменения:

1. Обновлены титульные листы рабочей программы, фонда оценочных средств в связи с изменением ведомственной принадлежности – Министерству просвещения Российской Федерации.

2. Обновлена и согласована с Научной библиотекой КГПУ им. В.П. Астафьева «Карта литературного обеспечения (включая электронные ресурсы)», содержащая основную и дополнительную литературу, современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы.

3. Обновлена «Карта материально-технической базы дисциплины», включающая аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, помещения для самостоятельной работы обучающихся в КГПУ им. В.П. Астафьева) и комплекс лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения.

Программа пересмотрена и одобрена на заседании кафедры  
протокол № 9 от 12 мая 2021 г.

И.о. заведующий кафедрой



Е.А. Черенева

Одобрено НМСС(Н)

21.05.2021, протокол № 8

Председатель



О.Л. Беляева

### 3. Учебные ресурсы

#### 3.1. Карта литературного обеспечения дисциплины

№ п/п	Наименование	Место хранения/ электронный адрес	Кол-во экземпляров/ точек доступа
<b>ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА</b>			
1.	Амасьянц, Р. А. Клиника интеллектуальных нарушений : учебник. – М. : Педагогическое общество России, 2009. – 320 с.	Научная библиотека	90
2.	Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития : (олигофренопедагогика) [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б. П. Пузанов, Н. П. Коняева, Б. Б. Горский [и др.] ; ред. Б. П. Пузанов. - 3-е изд., стер. - М. : Академия, 2008. - 272 с.	Научная библиотека	50
3.	Московкина, А.Г. Клиника интеллектуальных нарушений : учебное пособие / А.Г. Московкина, Т.М. Уманская. - Москва : Прометей, 2013. - 246 с. - ISBN 978-5-7042-2472-3 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <a href="http://biblioclub.ru/index.php?page=book&amp;id=240491">http://biblioclub.ru/index.php?page=book&amp;id=240491</a>	ЭБС «Университетская библиотека онлайн»	Индивидуальный неограниченный доступ
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА</b>			
4.	Шалимов, Валерий Фёдорович. Клиника интеллектуальных нарушений [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. Ф. Шалимов. - М. : Академия, 2003. - 160 с.	Научная библиотека	3
5.	Катаева, Александра Абрамовна. Дошкольная олигофренопедагогика [Текст] : учебник для студентов высших учебных заведений / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. - М. : ВЛАДОС, 2005. - 207 с.	Научная библиотека	3
<b>УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ</b>			
6.	Педагогика детей с интеллектуальными нарушениями [Текст] : хрестоматия / сост. И. Б. Агаева. - Красноярск : КГПУ им. В. П. Астафьева, 2012. - 389, [1] с.	Научная библиотека	1

<b>РЕСУРСЫ СЕТИ ИНТЕРНЕТ</b>			
7.	Российское образование [Электронный ресурс] : Федеральный портал.	<a href="http://www.edu.ru">http://www.edu.ru</a>	свободный
8.	Единое окно доступа к образовательным ресурсам [Электронный ресурс] : Федеральный портал.	<a href="http://window.edu.ru">http://window.edu.ru</a>	свободный
9.	Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов [Электронный ресурс] : Федеральный портал.	<a href="http://fcior.edu.ru">http://fcior.edu.ru</a>	свободный
<b>ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПРАВОЧНЫЕ СИСТЕМЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ</b>			
10.	Elibrary.ru [Электронный ресурс] : электронная библиотечная система : база данных содержит сведения об отечественных книгах и периодических изданиях по науке, технологии, медицине и образованию / Рос. информ. портал. – Москва, 2000– .	<a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	свободный
11.	Гарант [Электронный ресурс]: информационно-правовое обеспечение : справочная правовая система. – Москва, 1992.	Научная библиотека	локальная сеть вуза
12.	East View : универсальные базы данных [Электронный ресурс] : периодика России, Украины и стран СНГ . – Электрон.дан. – ООО ИВИС. – 2011 - .	<a href="https://dlib.eastview.com">https://dlib.eastview.com</a>	Индивидуальный неограниченный доступ
13.	Антиплагиат. Вуз [Электронный ресурс]	<a href="https://krasspu.antiplagiat.ru">https:// krasspu.antiplagiat.ru</a>	Индивидуальный доступ
14.	Межвузовская электронная библиотека (МЭБ)	<a href="https://icdlib.nspu.ru">https://icdlib.nspu.ru</a>	Индивидуальный неограниченный доступ

Согласовано:

главный библиотекарь  
(должность структурного подразделения)

  
(подпись)

/ Казанцева Е.Ю.  
(Фамилия И.О.)

### 3.2. Карта материально-технической базы дисциплины

Аудитория	Оборудование
<b>Аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации</b>	
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-02	Маркерная доска-1шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-03	Учебная доска-1шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-04 Учебно-исследовательская лаборатория «Студия инклюзивного образования»	Проектор-1шт., компьютер с колонками -1шт., детский игровой терминал «Солнышко» настенный -2 шт., пробковые доски-2шт., флипчарт-1шт., экран-1шт., интерактивная доска-1шт., учебная доска-1шт., стол для инвалида-колясочника -1шт. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-05	Телевизор-1шт, учебная доска -1 шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-06	Телевизор-1шт, маркерная доска -1шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-07	Проектор-1шт, компьютер-1шт, маркерная доска-1шт, учебная доска-1шт. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-08	Проектор-1шт, компьютер-1шт, интерактивная доска-1шт, маркерная доска-1шт. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-09а	Учебная доска-1шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-10 Научно-исследовательская лаборатория «Научно-практическая	Компьютеры-2шт., ноутбуки-3шт., Электроэнцефалограф, Нейроэнергокартограф, Приборы психофизиологического тестирования "Психофизиолог", Кардиограф "Валента", Приборы динамической омегаметрии головного мозга "Омега-тестер", аппаратно-программный комплекс биологической обратной связи "БОС-пульс профессиональный",

лаборатория инновационных методов обследования и коррекции сенсорных систем человека»	Прибор доплеровской диагностики "Ангиодин", приборы для микрополяризации головного мозга, беговая дорожка, велоэргометр, мяч гимнастический, маты, шведская стенка, батут, комплекс гимнастический гротто, Комплект логопедический, Комплекты психологических тестов, методические пособия кафедры специальной психологии, Международного института аутизма, литература по психологии, дефектологии, логопедии. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 1-11	Проектор-1шт, компьютер с колонками-1шт, экран-1шт, учебная доска-2шт. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-06	Учебная доска-1шт, маркерная доска-1шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-08	Проектор-1шт, компьютер-1шт, интерактивная доска-1шт, маркерная доска-1шт. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-10 Учебно-исследовательская лаборатория «Проектирование образовательной среды по методу Марии Монтессори	Комплект Монтессори-материалов (упражнения в практической жизни, сенсорика, математика, язык, космическое воспитание, маркерная доска), методический материал, нормативные документы по организации социального обслуживания
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-12	Компьютер-12 шт., интерактивная доска-1шт, проектор-1шт. Альт Образование 8 (лицензия № ААО.0006.00, договор № ДС 14-2017 от 27.12.2017
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-14	Компьютер-5шт, МФУ-1шт, учебная доска-1шт, пробковая доска-1шт. Альт Образование 8 (лицензия № ААО.0006.00, договор № ДС 14-2017 от 27.12.2017
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-14а	Экран-1шт, учебная доска-1шт.
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-15	Компьютер-1шт., ноутбук-2шт., принтер-1шт., планшет-3шт., ноутбук-трансформер-1шт., магнитно-маркерная доска-

«Ресурсный центр поддержки людей с комплексными нарушениями здоровья (одновременным нарушением слуха и зрения)»	1 шт., учебно-методическая литература. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-16	Компьютер-2шт., МФУ-2шт., комплект материалов по психологии (учебная, учебно-методическая литература). Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-16а	Проектор-1шт., ноутбук-1шт., макет строения человека-1шт., макет внутренних органов человека-1шт., компьютер-1шт. Linux Mint – (Свободная лицензия GPL)
г. Красноярск, ул. Взлетная, д. 20, ауд. 3-18	Маркерная доска-1шт., интерактивная доска-1шт.
<b>Аудитории для самостоятельной работы</b>	
г. Красноярск, ул. Ады Лебедевой, д.89, ауд. 1-05 Центр самостоятельной работы	<u>компьютер- 15 шт., МФУ-5 шт.</u> Microsoft® Windows® Home 10 Russian OLP NL AcademicEdition Legalization GetGenuine (OEM лицензия, контракт № Tr000058029 от 27.11.2015); Kaspersky Endpoint Security – Лиц сертификат №1B08-190415-050007-883-951; 7-Zip - (Свободная лицензия GPL); Adobe Acrobat Reader – (Свободная лицензия); Google Chrome – (Свободная лицензия); Mozilla Firefox – (Свободная лицензия); LibreOffice – (Свободная лицензия GPL); XnView – (Свободная лицензия); Java – (Свободная лицензия); VLC – (Свободная лицензия). Гарант - (договор № КРС000772 от 21.09.2018) КонсультантПлюс (договор № 20087400211 от 30.06.2016);  <u>ноутбук-10 шт.</u> Альт Образование 8 (лицензия № ААО.0006.00, договор № ДС 14-2017 от 27.12.2017)
г. Красноярск, ул. Взлетная, 20 ауд. 2-09 Ресурсный центр	Компьютер-13шт., ноутбук-2шт., научно-справочная литература. Альт Образование 8 (лицензия № ААО.0006.00, договор № ДС 14-2017 от 27.12.2017)
г. Красноярск, ул.	Компьютер -1шт.

Взлетная 20 ауд. 3-09	Microsoft® Windows® 8.1 Professional (ОЕМ лицензия, контракт № 20А/2015 от 05.10.2015); Kaspersky Endpoint Security – Лиц сертификат №1В08-190415-050007-883-951; 7-Zip - (Свободная лицензия GPL); Adobe Acrobat Reader – (Свободная лицензия); Google Chrome – (Свободная лицензия); Mozilla Firefox – (Свободная лицензия); LibreOffice – (Свободная лицензия GPL); XnView – (Свободная лицензия); Java – (Свободная лицензия); VLC – (Свободная лицензия); КонсультантПлюс (договор № 20087400211 от 30.06.2016)
--------------------------	--