

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Психология аномального развития»

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Кафедра: общей и клинической психологии

Форма обучения: очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Психология аномального развития» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Психология аномального развития». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала.	Перечень вопросов
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
4	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.	Темы докладов
5	Контрольные вопросы	Оценочное средство репродуктивного характера, направленное на проверку понимания понятийного аппарата учебной дисциплины, воспроизведение фактического материала, обобщение и систематизацию знаний	Список вопросов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК-2: Способен применять научно обоснованные методы оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения.	Текущий	Раздел 1	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, тест, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 1	Контрольные вопросы, тест

ОПК-5: Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.	Текущий	Раздел 1.	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, тест, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 1	Контрольные вопросы, тест
ПК-1: Способен и готов к применению теоретических основ и принципов патопсихологического и нейропсихологического синдромных анализов нарушений психической деятельности и личности при различных психических, неврологических, психосоматических заболеваниях и аддикциях.	Текущий	Раздел 2	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 2	Контрольные вопросы, тест
ПК-10: Способен и готов к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики.	Текущий	Раздел 2	Индивидуальный опрос, ситуационные задачи, доклад
	Промежуточная аттестация	Раздел 2	Контрольные вопросы, тест

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль по дисциплине осуществляется при проведении: индивидуального опроса, ситуационных задач, теста, доклада.

4.1. Задания текущего контроля для оценки компетенций

4.1.1. Задания для оценки компетенции **ОПК-2:**

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Понятие о «норме» и «патологии» в современной психологии.
2. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов.
3. Понятие дизонтогенеза и основные виды психического дизонтогенеза.
4. Соотношение социального и биологического в возникновении психических нарушений у детей
5. Соотношение социального и биологического в возникновении психических нарушений у детей.
6. Общие закономерности аномального развития.
7. Психофизиологические закономерности нормального и аномального развития.

Ситуационные задачи:

1. Ознакомьтесь с описанием психопатологической структуры и определите состояние.

Понятие это было введено в 1938 г. Н. И. Озерецким на основе массивности дефекта и особенностей, как данного состояния, так и личности больного в целом. Состояние при

данном состоянии имеет две основные особенности: нарушение развития носит малодифференцированный, более или менее равномерный, диффузный характер; поражению подвергаются эволюционно наиболее молодые, интенсивно развивающиеся системы мозга. Как показали последующие исследования, при данном заболевании могут поражаться и более древние мозговые образования. Данному состоянию всегда свойственны тотальность, которая касается не только интеллектуальной деятельности, но и всей психики в целом, а на первый план выступает патология высших форм познавательной деятельности — абстрактного мышления. У детей первых лет жизни при глубоком процессе мышления более всего проявляется в тех функциях, которые отражают становление познавательной деятельности. До этого, в раннем детском возрасте, данное состояние выражается главным образом в аффективно-волевой сфере и моторике ребенка, искажении и замедлении сроков становления зрительных и слуховых рефлексов, неполноценности «комплекса оживления», более позднем проявлении эмоционального реагирования на окружающее. На 2—3-м году состояние проявляется в особенностях поведения и игровой деятельности. Дети медленно овладевают навыками самообслуживания, не отличаются живостью, пытливостью, интересом к окружающим предметам и явлениям, которые свойственны здоровому ребенку. Игры их характеризуются простым манипулированием, непониманием элементарных требований игры, слабостью контактов с детьми, меньшей эмоциональностью. Для дошкольного возраста характерны отсутствие побуждений к интеллектуальным формам игровой деятельности и повышенный интерес к подвижным, нецеленаправленным играм. В эмоциональной сфере отмечаются примитивные реакции и недостаточная дифференцированность высших эмоций — проявлений сочувствия, стыда, личностных привязанностей. В школьном возрасте на первый план все больше выступают интеллектуальные расстройства, которые проявляются в разных сферах деятельности и поведении больных, главным образом в учебной деятельности. Таким образом, у детей, страдающих данным состоянием, по мере взросления все более и более отчетливо выявляется недостаточность отвлеченного мышления, слабость предпосылок интеллекта, в частности внимания, памяти, психической работоспособности. Но одновременно с этим медленно формируются ощущения и восприятие. Недостаточность и замедление развития зрительных, слуховых, кинестетических и других процессов восприятия нарушают ориентировку детей в окружающей среде, препятствуют установлению в сознании больного полных и адекватных связей и отношений между объектами реального мира. Восприятие при заболевании во многом обусловлена нарушениями целенаправленного произвольного внимания; внимание таких детей с трудом привлекается и фиксируется, легко рассеивается. Детям с данным состоянием свойственны также замедление и «непрочность» запоминания. Особенно страдает логическое, опосредованное запоминание, т. е. высший уровень памяти, в то время как механическая память может быть сохранной или даже гипертрофированно развитой. Плохое понимание воспринимаемых впечатлений приводит к тому, что больные запоминают лишь внешние признаки предметов и явлений и с трудом сохраняют воспоминания о внутренних связях и словесных объяснениях. Особое место в структуре данного состояния занимают нарушения речи, которые в большинстве случаев отражают глубину: в наиболее тяжелых случаях больные не только не говорят, но и не понимают обращенную к ним речь. При меньшей степени тяжести больные располагают ограниченным запасом слов, но не владеют в достаточной мере фразовой речью. Известные им слова они употребляют в самой элементарной связи, относя их к конкретным предметам или действиям; обобщающее значение слов им почти недоступно. Даже у больных с легкой степенью, имеющих достаточный запас слов, заметно нарушена смысловая сторона речи. Словесные определения, не связанные с конкретной, привычной ситуацией, усваиваются с большим трудом и очень медленно. Так же медленно формируется и грамматический строй речи. Поскольку при ограниченном запасе слов особенно страдает активная речь, то даже выраженном состоянии речь больных обычно бывает, ма-

ловыразительна, односложна, в ней преобладают речевые штампы, короткие, часто аграмматично построенные фразы. Характерно неправильное смысловое употребление слов. Могут быть также такие дефекты, как косноязычие, дизартрия и т. п. В осложненной остаточными явлениями встречаются очаговые расстройства речи по типу моторной и сенсорной алалии, псевдобульбарной дизартрии и т. п. Даже при относительно хорошо развитой речи в анамнезе больных обычно удается установить значительную задержку сроков ее развития (понимание, произношение отдельных слов, фразовая речь и т. п.). Достаточно характерны изменения в эмоционально-волевой сфере. В то время как элементарные эмоции могут быть относительно сохранными, высшие эмоции, прежде всего нравственные, оказываются недоразвитыми и недостаточно дифференцированными. Преобладают главным образом непосредственные переживания, эмоции, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности, актуальные только в данный момент. Степень эмоционального состояния находится в соответствии с глубиной интеллектуального дефекта и недостаточностью других компонентов психической деятельности и личности. Волевая деятельность больных характеризуется слабостью побуждений и инициативы, недостаточной самостоятельностью. Поступкам детей свойственны отсутствие целенаправленности, импульсивность (без какой бы то ни было борьбы мотивов) и негативизм. Они отличаются также повышенной подражательностью, внушаемостью и несамостоятельностью поведения, находятся в зависимости от влечений и аффектов, а также от ситуации и обстоятельств. Формирование личности детей определяется не только степенью интеллекта и возрастом, но и условиями воспитания, обучения и другими факторами. Уровень приспособления больных варьирует в зависимости от глубины дефекта. При легкой степени больные неплохо разбираются в привычных житейских ситуациях и у них отмечается относительная сохранность практической ориентировки. Е. Краепелин (1923) по этому поводу писал, что характерной особенностью является «способность гораздо лучше ориентироваться в простых обстоятельствах, чем можно было бы ожидать, если судить по скудости запасов представлений и слабости суждения». По определению Е. Краепелин, «больной может, несомненно, больше, чем знает». К числу наиболее частых и постоянных проявлений относятся также признаки в двигательной сфере. Психомоторика проявляется, прежде всего, в запаздывании и замедлении темпа развития локомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве и суетливости. Движения детей бедны, угловаты и недостаточно плавны. Развитие двигательной сферы особенно проявляется в тонких и точных движениях, жестикуляции и мимике. Такова в общих чертах психопатологическая структура.

2. Определите патологию.

Структура данного состояния может быть неравномерной и не исчерпывающейся характерными симптомами. К подобным формам относят случаи с неравномерной структурой психического дефекта, проявляющейся в одностороннем развитии какой-либо психической функции. Диагностика не ограничивается оценкой степени. Большое место в диагностическом процессе занимает соматическое обследование. Часть детей имеют аномальный внешний вид. Эта внешняя аномальность обусловлена не только часто отмечающейся диспластичностью строения лица и тела, но и наличием выраженных неврологических расстройств, вторичными деформациями черепа, гипомимией и т. п. Степень изменения внешнего вида больных связана с глубиной интеллектуального дефекта и характером мозговой патологии. При легкой степени больные могут иметь нормальный внешний вид. Но следует иметь в виду, что и при глубоком дефекте больные могут не иметь грубых аномалий сложения. Они иногда вполне гармонично сложены и даже миловидны. Но в большинстве случаев изучение соматических особенностей умственно отсталого больного дает возможность не только диагностировать некоторые нозологические формы, но и оценить сроки поражения мозга. При соматическом осмотре выявляются врожденные пороки развития и так

называемые малые аномалии, которые очень часто встречаются у больных, что указывает на внутриутробный характер поражения. Эти аномалии являются следствием незавершенного, реже искаженного морфогенеза (часть из них может быть и выражением нормальной вариабельности того или иного морфологического признака). Число их и разнообразие настолько велики, что составить их перечень не представляется возможным, тем более что такие аномалии обнаруживаются не только при внешнем осмотре ребенка, но и при дополнительных обследованиях — при осмотре окулистом, при рентгенографии черепа, позвоночника, конечностей. Физическое развитие больных часто отстает от возрастной нормы и нередко, даже при отсутствии явной внутриутробно обусловленной диспластичности, характеризуется непропорциональностью строения туловища и конечностей, искривлением позвоночника, признаками церебрально-эндокринной недостаточности (ожирение, недоразвитие половых органов, нарушение темпа и сроков формирования вторичных половых признаков). Особенно большое место занимают неврологические нарушения. Это могут быть не только такие грубые симптомы, как параличи, парезы, атаксия, гиперкинезы, но и неврологическая микросимптоматика. Большое значение в диагностике имеют офтальмологическое и рентгенографическое исследования (особенно рентгеновская компьютерная томография). Исследование глаза нередко позволяет выявить такие симптомы, как хориоретинит, пигментная дегенерация сетчатки, катаракта, глаукома, а также некоторые микроаномалии, указывающие на внутриутробный дисгенез, — глиоз дисков зрительных нервов, аномалии строения сосудов сетчатки и т. п. Во многих случаях при осмотре глазного дна определяются степень внутричерепной гипертензии и ее динамика. Рентгенография черепа очень важна для выявления признаков повышения внутричерепного давления, локализации атрофии паренхимы мозга и деформаций ликворных пространств, скрытых аномалий строения черепа, особенно для диагностики краниостеноза. Поскольку большая часть случаев остается этиологически неясной, весьма остро стоит вопрос: можно ли на основании характера клинических особенностей разграничить наследственные и экзогенные ее формы. По-видимому, ответ на этот вопрос может быть следующим: до тех пор, пока у больного не диагностирована какая-либо определенная нозологически-специфическая форма поражения (как правило, наследственного, реже экзогенного генеза), этиологический диагноз может ставиться лишь предположительно, поражение можно отнести к «вероятно экзогенным» или к «вероятно наследственным». К числу наиболее часто встречающихся перинатальных вредностей, вызывающих данное состояние относятся родовая травма и особенно асфиксия новорожденных. Механическая родовая травма и асфиксия вызывают сходное по патогенезу поражение головного мозга — нарушение кровообращения и внутричерепные кровоизлияния, но имеются и некоторые различия, которые и зависят от того, какой из этих двух факторов был ведущим. Если заболевание вызвано только асфиксией, в клинической картине преобладают астенические проявления в сочетании с вялостью, слабостью побуждений, замедлением психических процессов, эмоциональной лабильностью, быстрой утомляемостью и истощаемостью. При родовой же травме чаще наблюдаются состояние резкого психомоторного возбуждения, более грубые расстройства памяти и внимания, нарушения речи, расторможение грубых влечений, а также очаговые неврологические симптомы и судорожные припадки. В неврологическом статусе могут отмечаться очаговые симптомы (парезы и параличи черепно-мозговых нервов, нередко явления церебрального паралича, судорожные припадки и др.), степень выраженности которых зависит от тяжести поражения мозга. Среди постнатальных заболеваний, которые приводят к развитию состояния, большое место занимают энцефалиты, энцефаломиелиты, менингоэнцефалиты (реже менингиты), а также травмы черепа, постнатальная гипоксия. При постинфекционных поражениях ЦНС характер резидуальных клинических проявлений зависит не столько от особенностей этиологического фактора, сколько от реактивности нервной ткани, обусловленной индивидуальными и возрастными особенностями. Глубокий интеллектуальный дефект наблюдается чаще у детей, перенесших заболевание в первые 2 года жизни. В этом возрасте

в связи с незрелостью защитных механизмов процесс чаще принимает диффузный характер и сопровождается обширным поражением мозговой ткани. В генезе постинфекционных и посттравматических нарушений психического развития играют роль образование кист, рубцов и разрастание соединительной ткани, нарушения циркуляции цереброспинальной жидкости, застойные явления и вследствие нарушений кровообращения вторичные склеротические изменения мозговой ткани. Но основные особенности клинических проявлений постинфекционных и посттравматических вариантов определяются в первую очередь степенью тяжести и распространенностью органического поражения головного мозга. В более отдаленном периоде могут отмечаться признаки гидроцефалии или микроцефалии, другие вторичные деформации черепа, задержка физического развития, а также весьма разнообразные по проявлениям и степени выраженности общемозговые и очаговые симптомы. Степень глубины и структура интеллектуального дефекта при этих нарушениях чрезвычайно разнообразны. В одних случаях преобладают симптомы недоразвития, характерные для типичных форм олигофрении, в других интеллектуальная недостаточность носит неравномерный, мозаичный характер, приближаясь по структуре к органической деменции. Характерно наличие в структуре дефекта признаков психоорганического синдрома, психопатоподобного поведения и других дополнительных психопатологических симптомов.

3. Определите патологию.

Термин был введен Е. Lasegue в 1864 г. Он обозначает относительное нарушение темпа психического и физического развития человека. Характеризуется отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и сохранением детских качеств личности. У детей проявляется в сохранении черт поведения, присущих более младшему возрасту. Но в раннем возрасте признаки эмоционально-волевой незрелости и снижение уровня поведенческих мотиваций выявляются с трудом. Поэтому о данном состоянии по существу можно говорить лишь начиная со школьного и подросткового возраста, когда присущие особенности начинают выступать более отчетливо. Достаточно типичными для детей этого возраста являются преобладание игровых интересов над учебными, непонимание и неприятие школьной ситуации и связанных с ней дисциплинарных требований, что приводит к социальной и школьной дезадаптации. В раннем детском возрасте в связи с присущей ему физиологической гипертимией и большой зависимостью эмоциональных характеристик от условий социальной среды воспитания и индивидуальных особенностей установление данного состояния особенно его легких форм, затруднено. Распространенность по данным эпидемиологии детского возраста, довольно значительна — 1,6 %. Причинами чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга — инфекционные, токсические и другие, включая травмы и асфиксию плода. Особенно неблагоприятными считаются в этом отношении последний триместр внутриутробного периода и период родов. Предполагается также избирательность поражения функциональных систем головного мозга, определяющаяся асинхронностью их интенсивного формирования и тропностью действия того или иного фактора в соответствующий, наиболее чувствительный период. Не меньшая роль в генезе отводится и конституционально-генетической предрасположенности, а также психогенным факторам в виде особенностей воспитания — гипо- или гиперопеки, деспотического воспитания и т. п. Наиболее существенными признаками является эмоционально-волевая незрелость, которая выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия от игровой деятельности, беспечность, незрелость чувства долга, ответственности, неумение подчинять свое поведение требованиям, неспособность сдерживать проявления чувств, волевого напряжения. Предпосылки в первые годы жизни: слабый уровень мотиваций, низкий исследовательский интерес, симбиотическая привязанность к матери, отсутствие стремления к самостоятельности. О снижении темпа созревания эмоциогенных структур мозга свидетельствуют длительно сохраняюща-

яся диффузная, склонная к генерализации общая двигательная, мимическая и вокальная реакции на раздражители, замедление дифференциации эмоций, незрелость тонкой моторики на фоне двигательной расторможенности и т. д.

4. Определите патологию.

Это состояние - равномерная задержка темпа и физического и психического развития, проявляющегося в первую очередь незрелостью эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Считается, что созревание в этом случае отстает от нормы на 1—3 года. Это отражается как на поведении ребенка, так и на его возможностях социальной адаптации. Клиническая картина характеризуется чертами «детскости» в соматическом и психическом облике. Дети выглядят младше своего возраста. Им свойственны живая, но поверхностная любознательность, общие нестойкие интересы к окружающему. При полноценном интеллекте отмечается неразвитость интеллектуальных интересов, своего рода диспропорциональность: неутомимость в игровых действиях и быстрая отвлекаемость, утомляемость при выполнении заданий, требующих интеллектуального, волевого усилий и терпения. В связи с этим при поступлении в школу у детей в ответ на обычные учебные задания могут возникать невротические реакции и нарушения поведения. Возрастная динамика относительно благоприятна. Постепенно приобретаются индивидуальная активность и самостоятельность, появляются исследовательские и творческие элементы в деятельности, дополняемые воображением и фантазией. Проявления уменьшаются или полностью исчезают приблизительно к 10 годам. В тех случаях, когда состояние сочетается с пограничной интеллектуальной недостаточностью, наступает компенсация. Полной нормализации личностных свойств не наступает и состояние, отмечаемое в детском и пубертатном возрасте, сменяется личностной дисгармонией и завершается акцентуацией характера или психопатией преимущественно неустойчивого или истероидного типа. Данное состояние в клинической практике встречается редко и чаще на уровне субклинического состояния.

5. Определите патологию.

Состояние отличается сочетанием признаков психической незрелости, с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Отдельные патологические черты характера обнаруживаются уже на 1—2-м году жизни в виде упрямства, реакций протеста, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением и патологическими чертами характера. Структура и возрастная динамика состояния позволяют расценивать его как этап формирующейся психопатии.

6. Определите патологию.

Наиболее распространенным вариантом является состояние, связанное с психоорганическим синдромом. Патология развивается вследствие органического повреждения мозга. Поскольку нередко речь идет о внутриутробном повреждении плода, то при этом типе часто встречаются множественные стигмы дизморфогенеза — низкорослость, дискрании, высокое небо, неправильный рост волос, зубов и т. п. Клиническая картина этой формы чрезвычайно полиморфна и определяется выраженностью других психопатологических симптомов органического поражения головного мозга. Эмоционально-волевая незрелость проявляется детскостью поведения, суждений, наивностью, внушаемостью, преобладанием игровых интересов, неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия. Особенности интеллектуальной деятельности в этих случаях — инертность и плохая переключаемость мыслительных процессов. Кроме того, отмечаются снижение эмоциональной живо-

сти и яркости эмоций, поверхностность эмоциональных привязанностей, бедность воображения. Игровую, а затем и учебную деятельность характеризуют однообразие и малая заинтересованность в оценке своих действий, отражающая низкий уровень притязаний. Наряду с этим наблюдаются некритичность, двигательная расторможенность и элементы психопатоподобного поведения. Интеллектуальная пограничная недостаточность у этих детей выражена в большей степени, чем при других формах: задерживаются в развитии предпосылки интеллектуальной деятельности — внимание, память, психическая работоспособность. Но эти расстройства, имея некоторое сходство с легкими формами умственной отсталости, отличаются от дебильности преобладанием признаков эмоционально-волевой незрелости и меньшей пораженностью собственно интеллектуальных функций (таких как способность к обобщению и абстрагированию).

7. Определите патологию.

Этот вариант рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. Формирующиеся в случаях депривации аффективная незрелость и повышенная лабильность, отсутствие внутренних запретов определяются неправильным воспитанием или эмоциональной длительной и социальной фрустрацией. С возрастом формируется эмоционально-незрелая личность. При воспитании по принципу гиперпротекции ярко выступает эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, крайняя несамостоятельность, пассивность, психическая невыносимость, неспособность к напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами способствует выработке и закреплению эмоционально-волевой незрелости в виде сниженной инициативной активности, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Но всем разновидностям свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности или отсутствия высших этических установок и системы идеалов. У таких детей остаются недостаточно сформированными позитивно направленные социальные и интеллектуальные интересы, потребность в труде, чувство долга, отмечается искаженное понимание своих социальных обязанностей, своего будущего. Все это составляет основу девиантного поведения таких детей. Дифференциальный диагноз проводится, прежде всего, с умственной отсталостью и расстройствами поведения различного генеза. В отличие от умственно отсталых у детей отмечается более высокий уровень абстрактно-логического мышления, они способны использовать помощь в мыслительной деятельности, переносить усвоенные понятия на новые конкретные задачи и объекты, более продуктивны в самостоятельных видах деятельности. Если имеет место интеллектуальная недостаточность, то ее динамика в отличие от таковой при умственной отсталости характеризуется благоприятностью с тенденцией к сглаживанию нарушений познавательной деятельности. Вместе с тем у детей старшего возраста при наличии неблагоприятных средовых факторов возможна отрицательная динамика. Имеет значение отсутствие аффективной возбудимости, эксплозивность, нарушений влечений, расстройств социального поведения. Главным критерием диагностики следует считать преобладание нарушений предпосылок интеллектуальной деятельности (памяти, внимания, вербального и невербального интеллекта, психической работоспособности, темпа и подвижности психических процессов), тогда как возможности самой интеллектуальной деятельности нарушены значительно меньше или не нарушены совсем. Если оценивать динамику состояния в целом, то она преимущественно благоприятна. Проявление выраженного личностного эмоционально-волевого процесса с возрастом имеет тенденцию к редуцированию или становится частью синдромов преимущественно пограничной психопатологии.

8. Определите патологию.

В настоящее время патологию относят к группе так называемых первазивных рас-

стройств развития (pervasive developmental disorder). Эта группа была выделена сравнительно недавно. Ранее же симптомокомплекс описывался при разных формах психических расстройств. Термин «первазивный» чаще используется в американской психиатрии. Но многие специалисты считают этот термин неудачным, так как он, подчеркивая искажение психического развития, нивелирует структуру состояний, выводя за рамки основного определения расстройства такой его главный признак. Клинические симптомы объединены в группу расстройств, характеризующаяся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности. Подобный диагноз ставится в случае его развития до 3-летнего возраста, в атипичных случаях — при развитии в 3—5 лет.

9. Определите патологию.

Этот вид обычно называют эндогенный болезненный процесс. Этот психоз начинается не с первого года жизни, а у детей 3—5-летнего возраста после периода нормального психического развития. Изменения в состоянии и развитии у этих детей обычно возникают аутохтонно и нарастают постепенно. Состояние вначале характеризуется неврозоподобными, аффективными нарушениями, к которым затем присоединяются кататонические, кататоно-гебефренные расстройства и другие позитивные симптомы, свойственные детской шизофрении. По выходе из психоза в клинической картине обнаруживаются остановка в умственном развитии, изменения моторики (появление моторных стереотипии), нарушения речи, расстройство самосознания, симптомы протодиакриза, эмоциональное оскудение. Таким образом, после перенесения приступов шизофренического психоза формируется особое дефицитарное состояние. Рассматриваемый вариант отличается наличием также резидуальных кататонических, аффективных, а иногда неврозоподобных симптомов и периодическим их усилением.

10. Определите патологию.

Элементы расстройств могут отражаться на особенностях поведения и личности больных, лишенных полноценного общения с окружающим миром в случаях зрительной, слуховой (при слепоте, глухоте, глухонемоте) и иной депривации (например, при невозможности передвигаться при ДЦП). Но такие формы расстройств отличает не только сохранность эмоциональной сферы, но и ее повышенная чувствительность к внешним воздействиям, раздражительность и аффективная лабильность. Полностью отсутствуют моторные проявления и стереотипии в поведении. Временная задержка психического развития и речи (за исключением случаев глухонемоты) корректируется педагогическими воздействиями в специально созданных условиях, и такие дети могут достигать высокого уровня интеллектуального развития, хотя в некоторых случаях они и будучи взрослыми, остаются менее общительными или общительными в ограниченном круге близких людей.

Темы докладов:

1. Понятие психической нормы и патологии, критерии оценки психической нормы.
2. Первичные и вторичные (системные) нарушения психического развития.
3. Структура нарушенного развития. Параметры.
4. Условия нормального психического развития и закономерности нарушенного развития (модально-специфические, модально-неспецифические)
5. Основные причины отклонений в психическом развитии.
6. Классификация отклонений в психическом развитии.
7. Дизонтогенез по типу недоразвития. Механизмы формирования, особенности протекания психических процессов.
8. Дизонтогенез по типу задержанного развития. Механизмы формирования, особенности протекания психических процессов.

9. Дизонтогенез по типу поврежденного развития. Механизмы формирования, особенности протекания психических процессов.
10. Особенности психического развития при нарушениях зрения.
11. Психическое развитие при нарушениях слуха и речи.
12. Особенности психического развития при нарушениях опорно-двигательного аппарата.
13. Дизонтогенез по типу искаженного развития. Механизмы формирования, особенности протекания психических процессов.
14. Дизонтогенез по типу дисгармонического развития. Механизмы формирования, особенности протекания психических процессов.
15. Проблемы социализации детей и подростков с аномальным психическим развитием

Тестовые задания:

1. Кто ввел понятие о первичном и вторичных дефектах?
 - а. А.Р. Лурия;
 - б. В.В. Лебединский;
 - в. Л.С. Выготский;
 - г. П.Я. Гальперин;
 - д. Г.М. Дульнев.
2. Назовите процесс исправления, доведения до нормы тех психических функций, которые «отклонились» в результате аномального развития.
 - а. компенсация;
 - б. коррекция;
 - в. реабилитация;
 - г. лечение.
3. В основе чего лежит изменение числа или структуры хромосом?
 - а. наследственных заболеваний;
 - б. хромосомных заболеваний;
 - в. генотипа;
 - г. нарушения функционирования.
4. Какой тип памяти характерен для лиц с нарушением зрения?
 - а. эмоциональный;
 - б. словесно-логический;
 - в. слуховой;
 - г. моторной.
5. Примером какого вида дизонтогенеза является ранний детский аутизм?
 - а. дисгармоническое развитие;
 - б. искаженное развитие;
 - в. задержанное развитие;
 - г. гармоничное развитие.
6. Примером какого варианта психического дизонтогенеза является умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность) по классификации В.В. Лебединского?
 - а. задержанное развитие;
 - б. дефицитарное развитие;
 - в. искаженное развитие;

- г. тип стойкого недоразвития;
 - д. дисгармоническое развитие.
7. По определению В.В. Лебединского, психическое недоразвитие – это:
- а. вариант дизонтогенеза, при котором отмечается иная, чем в норме, последовательность формирования высших психических функций;
 - б. вариант дизонтогенеза, при котором отмечается дефицит определенного рода информации, необходимой для нормального психического развития;
 - в. вариант дизонтогенеза, при котором отмечается раннее время поражения ЦНС, приводящее к выраженной незрелости мозговых систем;
 - г. вариант дизонтогенеза, при котором отмечается чрезмерный темп развития высших психических функций.
8. Выберите наиболее характерные признаки олигофрении.
- а. прогрессивность, тотальность, необратимость;
 - б. отсутствие прогрессивности, парциальность нарушения высших психических функций (ВПФ);
 - в. отсутствие прогрессивности, тотальность, иерархичность;
 - г. наследственность заболевания.
9. При какой степени олигофрении навыки самообслуживания не формируются?
- а. идиотия;
 - б. дебильность;
 - в. имбецильность;
 - г. при всех степенях.
10. Умственная отсталость включает в себя следующие основные формы нарушений:
- а. олигофрения;
 - б. синдром дефицита внимания и гиперактивности;
 - в. задержка психического развития;
 - г. деменция.

4.1.2. Задания для оценки компетенции **ОПК-5:**

Вопросы для индивидуального опроса:

- 1. Роль трудов Л.С. Выготского в становлении психологии аномального развития.
- 2. Личностно-интеллектуальные особенности детей в работах С.Я. Рубинштейн.
- 3. Роль работ Б.В. Зейгарник в изучении личностных и интеллектуальных особенностей детей с аномалиями в развитии.
- 4. Нарушения в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки у больных невротическими и личностными расстройствами (по Б.С.Братусю).
- 5. Патохарактерологическое развитие личности.
- 6. Роль неблагоприятных социальных факторов в формировании психопатической личности.
- 7. История развития методов психологической коррекции детей с проблемами в развитии.
- 8. Игра как диагностический метод исследования ребенка.
- 9. Синтетические тесты и принципы их построения.

10. Особенности применения сказкотерапии и арт-терапии в работе с невротическими нарушениями у детей.

Ситуационные задачи:

1. Важной задачей психологии аномального развития является раннее выявление симптомов психического недоразвития, искаженного, дисгармонического развития, дебюта психических заболеваний, невропатии, неврозов и т.п. Успешное решение этой задачи распадается на три этапа: 1) разработка (или подбор) методов, позволяющих ориентироваться во всей массе детей с нарушениями развития; 2) углубленное клинико-психологическое исследование для уточнения диагноза; 3) прогноз дальнейшего умственного развития ребенка. Раскройте содержание этих этапов в работе клинического психолога.

2. Следует отличать предметы изучения психологии аномального развития (ПАР) и детской психиатрии (ДП). Предмет ПАР – структура нарушений психической деятельности детей в их сопоставлении с нормой. Предмет ДП – признаки психических заболеваний и их динамика в ходе течения болезни. ДП – раздел психиатрии, т.е. по сути является медицинской наукой, поэтому здесь используется медицинская терминология: симптом, синдром, этиология, патогенез и т.п. ПАР является отраслью психологии, точнее, одного из ее разделов – клинической психологии, поэтому ПАР использует психологическую терминологию, хотя при соотнесении своих данных с психическим статусом больного, со стадией течения заболевания, с его динамикой используются и клинические понятия.

В силу того, что предмет исследования у этих наук различный, они используют разные методы. ПАР изучает структуру и динамику нарушений психической деятельности методами психологии. ДП использует для изучения признаков психических заболеваний, закономерностей смены симптомов и синдромов клинико-описательный (психиатрический) метод. Проведите сравнительный анализ специфики исследования нарушений психической деятельности в ПАР и ДП.

3. Психолог решает в ходе исследования психики ребенка такие задачи:

- выявляет нарушения психической деятельности и дает им патопсихологическую квалификацию;
- проводит структурный анализ выявленных нарушений, выделяет первичные и вторичные симптомы;
- разрабатывает программу коррекционных мероприятий.

Для исследования уровня психического развития и свойств личности в детском возрасте психология использует различные экспериментально-психологические методы (методики). Раскройте их содержание и особенности.

4. Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от анализа психологической структуры дефекта и его причины.

Раскройте общие принципы психологической коррекции аномального развития.

5. Проведите сравнительный анализ целей, направленности и особенностей индивидуальной и групповой организации коррекционной работы.

Темы докладов:

1. Особенности дифференциальной диагностики задержки психического развития от олигофрении и педагогической запущенности.
2. Особенности обучения и воспитания детей с задержкой психического развития.
3. Психолого-диагностическое исследование детей с явлениями деменции.
4. Особенности психического развития детей с явлениями деменции.

5. Психологическая характеристика детей с грубым недоразвитием или повреждением зрения.
6. Психологический статус детей с повреждением слуха и речи.
7. Психологическая характеристика познавательной и личностно-эмоциональной сфер детей с повреждением опорно-двигательного аппарата.
8. Психологическая характеристика детей с хроническими соматическими заболеваниями.
9. Проблема компенсации детей с дефицитным развитием.
10. Психологическая характеристика эмоциональных и познавательных процессов при ранней детской шизофрении.
11. Проблема социализации детей, страдающих ранней детской шизофренией.
12. Особенности психологической диагностики отдельных видов психопатий.
13. Личностно-характерологические особенности подростков с различными вариантами отклоняющегося поведения.
14. Компенсаторные и псевдокомпенсаторные образования при различных видах психопатий.
15. Психологическая диагностика школьных трудностей у детей с эмоциональными и интеллектуальными нарушениями.

Тестовые задания:

1. Какая форма ЗПР характеризуется следующими причинами возникновения: неблагоприятные условия воспитания, гипопека, гиперопека?
 - а. ЗПР конституционального происхождения;
 - б. ЗПР соматогенного генеза;
 - в. ЗПР психогенного генеза;
 - г. ЗПР церебрально-органического генеза.
2. Что является физиологической основой задержки психического развития?
 - а. органическое поражение головного мозга;
 - б. нарушение анализаторных систем;
 - в. легкая органическая недостаточность мозговых систем;
 - г. минимальные мозговые дисфункции.
3. В каком варианте гармонического психического и психофизического инфантилизма на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости?
 - а. ЗПР церебрально-органического происхождения;
 - б. ЗПР конституционального генеза;
 - в. ЗПР соматогенного генеза;
 - г. ЗПР психогенного генеза.
4. Органическая деменция – это:
 - а. одна из форм умственной отсталости, вызванная распадом отдельных ВПФ;
 - б. недоразвитие ВПФ;
 - в. специфика психического развития, обусловленная повреждением отдельных структур мозга;
 - г. возрастные изменения памяти.
5. Какие дети не имеют зрительных представлений и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы?

- а. ослепшие;
- б. слепорожденные;
- в. слабовидящие;
- г. ослепшие дети после ЧМТ.

6. Степень снижения слуха, при которой самостоятельное овладение речью оказывается невозможным.

- а. глухота;
- б. тугоухость;
- в. немота;
- г. старческое снижение слуха.

7. Дайте название описываемой группе детей: дети, родившиеся с нарушенным слухом либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних этапах.

- а. ранооглохшие дети;
- б. позднооглохшие дети;
- в. слабослышащие дети;
- г. глухонемые дети.

8. Укажите основной симптом детского церебрального паралича.

- а. двигательные нарушения;
- б. нарушения психики;
- в. сенсорные нарушения;
- г. интеллектуальные нарушения.

9. Кто из перечисленных ученых является автором классификации аутичных детей?

- а. С.Д. Забрамная;
- б. К.С. Лебединская;
- в. О.С. Никольская;
- г. Л.С. Выготский.

10. Как называются нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата?

- а. дислалия;
- б. алалия;
- в. ринолалия;
- г. дизартрия.

4.1.3. Задания для оценки компетенции ПК-1:

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Теоретические и методологические проблемы психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

2. Виды и принципы организации психологической коррекции.

3. Основные направления современной развивающей и коррекционной работы.

4. Коррекционные программы, основанные на нейропсихологическом подходе.

5. Развивающе-коррекционные программы, ориентированные на формирование и гармонизацию базовых составляющих психического развития ребенка;

6. Система развивающе-коррекционной работы, базирующаяся на уровневом подходе к аффективной регуляции поведения и сознания.

7. Обучение в условиях дефекта.

8. Психологическая коррекция родительско-детских отношений.

Ситуационные задачи:

1. Олег А. Ученик 1-го класса. Обратилась учительница с жалобой на нарушения поведения: отказывается выходить из класса на переменах, участвовать в занятиях физкультурой, иногда не отвечает у доски. Успеваемость неравномерная: хорошо дается математика, чтение, при грамматически правильном письме устойчиво необычный почерк.

Из беседы с родителями выяснилось, что мальчик на неоднократные попытки отдать его в детский сад реагировал крайне болезненно и поэтому воспитывался дома. Рано научился говорить, охотно общается со взрослыми, интересуется астрономией, знает все созвездия. К школе относится с интересом, но до сих пор не знает ни одного из своих одноклассников по имени. Движения неловкие, до сих пор мать помогает ему одеваться, а иногда и кормит.

При психологическом исследовании контакт устанавливается не сразу, только после разговора об астрономии. Однако страха, стеснительности испытуемый не проявляет. Отношение к заданиям неравномерное – от некоторых – пассивные отказы, некоторые выполняются с интересом. Механическое запоминание успешно. Работоспособность равномерная. Внимание не нарушено. “Исключения” и “обобщения” иногда выполняются по слабым признакам: “Лодка, тачка и велосипед похожи – двигаются при помощи человека, а мотоцикл от них отличается – ему нужен бензин”; с помощью – правильные решения. Описания картин ТАТ эмоционально не насыщены, часто выдвигаются 2–3 версии происходящего. «Несуществующее животное» черного цвета на колесах, но не роботообразное. Самооценка (по методике «Лесенка самооценок») слабо дифференцирована, отсутствует представление об отношении к себе со стороны окружающих, выражено негативное отношение к одноклассникам: «Шумят, пристают, толкаются, вообще глупые». Школьная тревожность средняя, возникает в ситуациях ответа на уроке, занятиях по физкультуре. Уроки физкультуры вызывают отвращение и содержанием – трудно выполнять гимнастические упражнения, ловить мяч и т.д., и тем, что одноклассники смотрят на него; не нравится и процесс переодевания. Отмечается легкий страх физического контакта.

Вопросы:

- С чем связаны нарушения поведения у Олега?
- Какие можно рекомендовать коррекционные мероприятия?

2. Роман В. Ученик 3-го класса. Обратилась мать в связи с непонятным для нее поведением сына. На каникулах ребенок отказывался от некоторых прогулок, экскурсий. Однажды, когда мать купила ему новую рубашку, он разорвал ее на клочья и выбросил в окно. Мальчик не разрешает матери убирать в его комнате, переставлять вещи. По словам учительницы, Роман очень аккуратный, средних способностей, учится неравномерно. В классе охотно выполняет одно общественное поручение – ухаживает за растениями. Иногда бывают малопонятные вспышки гнева; если дерется с ребятами, с трудом может остановиться. Любит командовать более слабыми и младшими ребятами.

При психологическом исследовании отмечается затрудненная вработываемость, инертность психических процессов. Объем и переключаемость внимания несколько недостаточны. Механическое и смысловое запоминание успешно. Уровень обобщения – возрастная норма. Самооценка несколько завышена. Школьная тревожность низкая. «Несуществующее животное» изображается в виде динозавра с большим количеством шипов и зубов. Испытуемый признает свою любовь к порядку, дисциплине. Свое поведение дома объясняет тем, что мама делает все быстро, не предупреждая его заранее о прогулках, покупках и т.д. Жалуется на иногда возникающую злость, злопамятность.

Вопросы:

- С чем связаны нарушения поведения у Олега?

- Какие можно рекомендовать коррекционные мероприятия?

3. Лена П. Ученица 5-го класса. Обратился классный руководитель с жалобой на резкое снижение успеваемости, постоянно подавленное настроение и плаксивость девочки. Из беседы с мамой выяснилось, что девочка росла и развивалась нормально. Приблизительно с 7 лет стали проявляться колебания настроения и самочувствия: периоды веселья, высокой работоспособности сменяются спадами активности, жалобами на свое здоровье, снижением настроения. В последнее время эти колебания стали более выраженными и длительными – до 3-4 недель. При этом Лена пытается усердно учиться, сидит часами за уроками, часто плачет, жалуется, что стала «тупой», «неспособной». Тяжело переживает появившиеся «двойки и «тройки» по некоторым предметам.

При психологическом обследовании отмечается легкое снижение работоспособности, медленный темп сенсомоторных реакций. Объем и концентрация внимания не нарушены, но привлечь внимание к выполнению заданий достаточно сложно. Механическое запоминание успешно. Уровень обобщения не снижен, искажений мышления не отмечается. При описании картин ТАТ – проекция идей самообвинения. По «шкале дифференцированных эмоций» преобладают эмоции тоски, страха, вины. Самооценка резко занижена, но девочка считает, что окружающие относятся к ней лучше, чем она того заслуживает.

Вопросы:

- С чем связаны нарушения поведения у Олега?
- Какие можно рекомендовать коррекционные мероприятия?

4. Таня С. Ученица 3-го класса. Обратилась за консультацией мать девочки. С начала нового учебного года Таня перешла в другую школу, родители сменили квартиру. Девочка тяжело переживала переезд, со страхом ожидала учебного года. С середины сентября появились непонятные действия: девочка стала постукивать по столу во время приготовления уроков, писать только одной и той же ручкой. В последнее время появились жалобы на головную боль, боли в сердце и животе. По характеру, по мнению мамы, девочка спокойная, несколько пугливая. С детства отличается большой аккуратностью, всегда содержит в полном порядке свои вещи, игрушки, учебники. Переживает, если кто-то из близких приходит домой поздно. В школе усидчивая, добросовестная, учится на «4» и «5», тяжело переживает случайные «3». С детьми общается, но близких друзей нет.

При психологическом обследовании отмечается равномерно низкий темп сенсомоторики. Работоспособность не снижена. Механическое и смысловое запоминание успешно. Переключаемость и распределение внимания несколько недостаточны. Уровень обобщения соответствует возрастной норме, но иногда имеется 2–3 варианта решения с сомнениями в их правильности. Описания картин ТАТ отражают тревогу за состояние здоровья домашних. Отмечается высокая школьная тревожность. Самооценка адекватная, дифференцированная, при некоторых затруднениях в восприятии мнения окружающих. Свое поведение девочка объясняет сильным страхом, возникающим при приготовлении уроков: «Постукиваю всегда 3 раза по дереву, чтобы не получить двойку». Стремится избавиться от этого состояния, хочет стать более уверенной.

Вопросы:

- С чем связаны нарушения поведения у Олега?
- Какие можно рекомендовать коррекционные мероприятия?

5. Юлия Б. Ученица 4-го класса. Обратилась мама по инициативе классного руководителя в связи с нарушениями поведения. Педагога беспокоит то, что девочка стремится привлечь к себе внимание, рассказывает странные фантастические истории, в которых сама является главной героиней: то ее похищали инопланетяне, то нападают бандиты и шпионы

и т.д. Учится девочка неравномерно, в зависимости от интереса к предмету и конкретной теме. Мама Юли также замечает склонность дочери к фантазированию, но жалуется и на то, что с первых лет жизни девочка была нетерпима к требованиям и запретам. Добиваясь своего, падает на пол, кричит, стучит ногами и руками. Такие реакции сохранились и в школьном возрасте. Часто на любые требования реагирует громким плачем. Любит привлекать к себе внимание гостей, поет, танцует, рассказывает о своих успехах в школе.

При психологическом обследовании отмечается быстрый темп сенсомоторики. Высокая работоспособность сочетается с явлениями пресыщаемости. Объем, переключение и распределение внимания – высокая норма, произвольная концентрация несколько затруднена. Механическая память – в пределах нормы. «Исключения» и «обобщения» производятся на основании существенных признаков, однако есть субъективно-значимые решения. Самооценка завышена, но выражена неуверенность в отношении к себе со стороны учителей и одноклассников. Отмечается высокий, неустойчивый уровень притязаний.

Вопросы:

- С чем связаны нарушения поведения у Олега?
- Какие можно рекомендовать коррекционные мероприятия?

6. Ян 3. Учащийся 2-го класса. Обратился отец по инициативе учительницы в связи с нарушениями поведения сына. Ребенок учится хорошо, легко справляется с программой, но внезапные вспышки гнева, драки препятствуют его пребыванию в школе. В последнее время Ян избил двух одноклассников (один из них попал в больницу), порвал дневник, ухаживал несколько раз с уроков. Дома поведение тоже не лучшее: кричит, бросает на пол посуду, рвет книги и учебники. После этого огорчается, обещает исправиться. Такие особенности характера стали проявляться примерно с 3 лет, до этого ребенок рос и развивался нормально: ходить, говорить начал своевременно. В детском саду также постоянно были жалобы на нарушения поведения: драки, рискованные поступки (ходил по крыше детского сада и т.п.).

При психологическом обследовании отмечается быстрое вхождение в контакт, отношение к заданиям несколько избирательное. Выражена пресыщаемость. Темп сенсомоторики ускорен. Объем, переключаемость внимания – высокая норма. Механическое запоминание успешно, мышление логично, с опорой на существенные признаки. При исследовании личности отмечается дифференцированная самооценка, испытуемый отмечает у себя раздражительность, вспыльчивость. Жалуется на то, что не может остановиться во время вспышки гнева.

Вопросы:

- С чем связаны нарушения поведения у Олега?
- Какие можно рекомендовать коррекционные мероприятия?

Темы докладов:

1. Соотношение социального и биологического в возникновении психических заболеваний в детском возрасте.
2. Влияние возрастного фактора на происхождение и структуру психических нарушений в детском возрасте.
3. Психологические методы исследования аномального ребенка.
4. Экспериментальное обучение как метод диагностики нарушений развития.
5. Методы коррекционно-психологической работы с аномальными детьми.
6. Игра как диагностический и психотерапевтический метод работы с аномальными детьми.
7. Использование проективных методов диагностики в работе с аномальными детьми.

8. Направленное наблюдение как метод исследования детей с нарушениями развития.
9. Проблема соотношения медикаментозной терапии и психотерапии в работе с аномальными детьми.
10. Особенности применения тестов интеллекта при различных формах психических расстройств в детском возрасте.
6. Невротические расстройства личности.
7. Критерии дифференциации затяжного невроза и невротического расстройства личности.
8. Посттравматические расстройства личности.
9. Способы психологической профилактики и психокоррекции аномального развития личности.
10. Психоаналитическая модель: гипотезы возникновения неврозов, этиология симбиотических и пограничных расстройств.
11. Расстройства личности как следствие депривации: теоретическая модель привязанности.
12. Теоретические модели научения: теория выученной беспомощности. Расстройства как следствие когнитивных процессов научения (Значение локуса контроля и атрибутивных тенденций. Научение по моделям).
13. Способы коррекции в рамках поведенческой и когнитивной психологии.

4.1.4. Задания для оценки компетенции ПК-10:

Вопросы для индивидуального опроса:

1. Экспертная оценка готовности к обучению.
2. Профориентационная и трудовая экспертиза.
3. Судебно-психологическая экспертиза.
4. Особенности проведения судебной психолого-педагогической экспертизы детей с ограниченными возможностями здоровья.
5. Клинико-психологическая характеристика детей и подростков с различными вариантами отклоняющегося поведения: наркоманическим, суицидальным, делинквентным, криминальным и др.
6. Личность и условия «социальной ситуации развития» в детском и подростково-юношеском возрасте.

Ситуационные задачи:

Ознакомьтесь с особенностями проведения судебной психолого-педагогической экспертизы детей с ограниченными возможностями здоровья, выделенными АНО «Центр прикладной психологии и судебно-психологической экспертизы», сделайте вывод о методах, которыми пользовался эксперт при проведении экспертизы.

«При проведении судебно-психологической экспертизы (СПЭ) детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) существует ряд ограничений. К ним относятся психологические особенности детей с ОВЗ: истощаемость и неустойчивость внимания, нарушения восприятия, недостаточный словарный запас, приводящий к тому, что ребенок с ОВЗ не всегда понимает инструкцию. Кроме особенностей развития познавательной сферы для детей с ОВЗ характерна быстрая утомляемость, неготовность или неспособность к волевым усилиям, эмоциональная лабильность. Применение психодиагностических тестов также оказывается ограниченным: многие тесты оказываются невалидными для детей с тем или иным нарушением. Так, например, в работе с умственно отсталыми детьми затруднено использование опросников, и, соответственно, применение таких опросников, как тест Кеттелла, опросник Шмишека невозможно.

В своей практике мы столкнулись с интересным случаем проведения СПЭ. Требовалось изучить индивидуально-личностные особенности незрячей девочки 6 лет, а также ее отношение к родителям. Изучение интеллектуальной сферы проводилось при помощи вербальных субтестов методики Д. Векслера.

Для изучения самооценки нами использовалась адаптированный вариант методики «Лесенка». Рисунок лесенки был заменен объемной лестнице с 5 ступеньками. Ступеньки лесенки соответствовали уровням самооценки: «очень низкий», «низкий», «средний», «высокий», «очень высокий». Предварительно психолог помог Оле исследовать лестницу, посчитать ступеньки, определить верх и низ. После этого предлагалось разместить куклу по семи традиционным шкалам методики «Лесенка»: здоровье, красота, ум, доброта, умение дружить (авторитет у сверстников), характер (хороший-плохой). По каждой шкале Оля разместила себя на верхней ступени, что соответствует «очень высокому» уровню. Чрезмерно завышенная самооценка, выявленная у Ольги, некритичное отношение к себе характерно для дошкольников с нарушением зрения.

Для изучения детско-родительских отношений нами использовался адаптированный вариант ЦТО. Цветные карточки классического теста ЦТО были заменены на полоски из разного материала: камень, дерево, металл и сукно. Первоначально Оле было предложено проранжировать полоски по степени предпочтения (2 раза). Ряд предпочтений выглядел следующим образом: камень, дерево, сукно, металл. После этого Оля должна была выбрать полоску, которая наиболее, по ее мнению, самой девочке, маме и папе.

Детско-родительские отношения также изучались при помощи адаптированного варианта фильм-теста Рене Жиля. Мы проводили только вопросы и ситуации, связанные со шкалой отношения к матери и отцу. Изображения стола и сидящих вокруг родственников были заменены на игрушечную мебель и набор кукол. Оле предлагалось рассадить вокруг стола куклу матери, куклу отца и собственную куклу. Игра с куклами сопровождалась комментариями девочки о том, каким образом куклы будут сидеть за столом и обедать.

Анализ методики «Расскажи сказку» позволил выявить наличие напряжения в отношениях «мать-отец». Оля совместно с психологами сочиняла сказку про девочку Олю, маму и папу. Оля предложила рассказывать сказку по главам. Каждую главу девочка заканчивала словами: «Они были очень дружными, они (папа, мама, Оля) вместе играли им было весело». На вопросы психолога о поведении мамы и папы, содержании их диалогов в сказке, Оля уходила от ответа. Прямого ответа на вопросы о матери и отце, Оля так и дала. При вопросах об отношениях матери и отца, девочка длительно молчала, начинала возбуждаться, прыгать на одном месте, переводить разговор на другие темы. В конце проведения методики ребенок сообщил «папа с нами не живет». Анализ метафорического контекста сказки, сюжета и развития историй, позволяет сделать вывод о том, что девочка остро переживает ситуацию развода взрослых. Тема отношений родителей для нее является травматичной.

В результате проведенного исследования нам удалось ответить на вопросы, поставленные судом. Полученный опыт в адаптации методик для изучения незрячего ребенка путем перевода плоскостных изображений в объемный вариант оказался бесценным».

2. Ознакомьтесь со статьей «Психологические исследования дефицитарного дизонтогенеза в отечественной литературе» (Долгополова В.А. Психологические исследования дефицитарного дизонтогенеза в отечественной литературе // Гуманитарные науки, 2021. №3 (55). Выделите методы, используемые при проведении экспертиз.

3. Ознакомьтесь со статьей «Исследование способности к обучению у детей с врожденными аномалиями развития» (Сотская Г.М. Исследование способности к обучению у детей с врожденными аномалиями развития // Медицинская психология в России. 2018.

№3). Выделите методы, используемые при проведении экспертизы способностей к обучению.

4. Выделите специфические этические проблемы, возникающие при психодиагностике и экспертизе лиц с отклонениями в развитии. Раскройте содержание этих проблем и современные подходы к их решению.

Темы докладов:

1. Значение ранней комплексной диагностики отклонений в развитии ребенка.
2. Возможности и ограничения применения различных методов исследования и экспертизы на разных этапах раннего детства.
3. Специфика психопатологического исследования ребенка раннего возраста.
4. Содержание и методы диагностики умственного развития детей раннего возраста, исходя из особенностей этого возрастного этапа развития.
5. Влияние патогенных факторов на развитие плода и ребенка в пренатальном периоде. Методы пренатальной диагностики.
6. Методы диагностики нервно-психического развития ребенка первого года жизни.
7. Закономерности отклоняющегося развития в раннем возрасте как диагностические критерии.
8. Диагностика психического развития ребенка 2—3 года жизни.
9. Цель, задачи и параметры наблюдения за ребенком раннего возраста как основного метода диагностики развития.
10. Подходы к диагностике развития ребенка в периоды новорожденности и младенчества.
11. Изучение взаимодействий в диаде «мать — дитя» как фактора развития ребенка. Экспертиза родительско-детских отношений.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по данной дисциплине проводится в виде зачета.

5.1. Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений и опыта деятельности

5.1.1. Вопросы к зачету (контрольные вопросы) по дисциплине

№ п/п	Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1	Предмет и задачи психологии аномального развития.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
2	Место психологии аномального развития в системе психологических и медицинских наук	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
3	Проблема нормы и патологии психического развития	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
4	Модели развития	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
5	Причины отклонений в психическом развитии. Нормативное психическое развитие	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
6	Пограничные и отклоняющиеся варианты психического развития	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
7	Клинические и психологические закономерности дизонтогенеза. Определение нарушенного развития.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
8	Классификации нарушений психического развития	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
9	Недостаточное развитие: тотальное недоразвитие, умственная отсталость, задержанное развитие, парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
10	Асинхронное развитие: дисгармоничное развитие, искаженное психическое развитие	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

11	Дезинтегративное развитие	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
12	Поврежденное развитие: развитие после органического повреждения центральной нервной системы, органическая деменция, развитие на фоне посттравматического синдрома после психотравмы.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
13	Дефицитарное развитие	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
14	Психологическая диагностика развития	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
15	Психологические синдромы, связанные с высокой демонстративностью	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
16	Психологические синдромы, осложняющие социальное функционирование	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
17	Психологические синдромы, связанные с дисбалансом психических процессов	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
18	Нарушения адаптации и поведения при аномальном развитии	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
19	Отклонения в когнитивной сфере при аномальном развитии	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
20	Нарушения развития личности при аномальном развитии	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
21	Принципы построения экспериментально-психологического обследования детей с аномалиями в развитии	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
22	Особенности подбора и применения методик при психологическом обследовании детей с аномалиями развития	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
23	Методы и принципы исследования познавательной сферы ребенка с аномалиями развития.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
24	Эмпирическое исследование эмоционально-личностной сферы ребенка с аномалиями развития.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
25	Обучение как форма диагностики и коррекции проблем ребенка с особыми образовательными потребностями.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

5.1.2. Тестовые вопросы к зачету по дисциплине

№ п/п	Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1	Психология аномального развития - это: а) наука о закономерностях психического дизонтогенеза; б) прижизненное опосредованное и произвольное формирование высших психических функций; в) зависимость строения психических процессов от способов их формирования; г) изучение влияния средовых факторов на развитие ребенка.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
2	2. Что входит в понятие онтогенеза: а) постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному его строению и функционированию; б) любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития; в) наука о закономерностях психического дизонтогенеза; г) патопсихологический диагноз.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
3	Что входит в понятие дизонтогенез:	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	а) постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному его строению и функционированию; б) любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития; в) наука о закономерностях психического дизонтогенеза; г) патопсихологический диагноз.	
4	Как можно охарактеризовать критические возрастные периоды: а) короткие отрезки времени, характеризующиеся бурными изменениями функционирования организма, общей и психической реактивности; б) постепенная дифференциация тех или иных (в том числе психических) процессов с одновременной интеграцией их в новое целое; в) состояние глубокого нервного и психофизического напряжения; г) кризисы в детско-родительских отношениях.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
5	Патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций, это а) психический дизонтогенез; б) минимальная мозговая дисфункция; в) органическая церебральная недостаточность;; г) умственная отсталость.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
6	Что относится к пренатальному фактору воздействия: а) интоксикация матери в период беременности; б) отклонение от нормального течения родов; в) постпрививочные нейроинфекции; г) травмы первого года жизни.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
7	Что относится к фактору натального воздействия: а) интоксикация матери в период беременности; б) отклонение от нормального течения родов; в) постпрививочные нейроинфекции; г) травмы первого года жизни.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
8	Фактор, определяющий тяжесть состояния: время воздействия патогенного агента, определяющего универсальный закон: а) чем раньше произошло влияние вредности, тем тяжелее последствия; б) сочетание видов депривации часто прослеживается в дизонтогенезе; в) детский организм более чутко реагирует на экзогенные вредности, чем взрослый; г) детский организм менее чутко реагирует на экзогенные вредности, чем взрослый.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
9	Что относится к явлению госпитализма:	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	а) помещение ребенка в закрытые учреждения (детский дом, дом малютки); б) неблагоприятная обстановка в семье: неполная семья, алкоголизм, наркозависимость, жестокое обращение в семье; в) при условии наслоения переживания стресса на неблагоприятную органическую основу; г) верного ответа нет.	
10	Факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на воспитание ребенка: а) помещение ребенка в закрытые учреждения (детский дом, дом малютки); б) неблагоприятная обстановка в семье: неполная семья, алкоголизм, наркозависимость, жестокое обращение в семье; в) при условии наслоения переживания стресса на неблагоприятную органическую основу; г) верного ответа нет.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
11	При каких условиях возможно возникновение возрастной симптоматики: а) помещение ребенка в закрытые учреждения (детский дом, дом малютки); б) неблагоприятная обстановка в семье: неполная семья, алкоголизм, наркозависимость, жестокое обращение в семье; в) при условии наслоения переживания стресса на неблагоприятную органическую основу; г) верного ответа нет.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
12	Что относится к позитивной симптоматике: а) выпадение психической деятельности: разрушение, утрата психических функций (интеллекта, памяти и внимания, снижение психической активности); б) с явлением возбуждения психических процессов, появлением чего-то, что появилось как результат болезни (невротические расстройства, страхи, галлюцинации, бред, судорожное состояние); в) возрастные симптомы, патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития; г) отсутствие откатов в развитии после коррекции и реабилитации.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
13	Что относится к негативной симптоматике: а) выпадение психической деятельности: разрушение, утрата психических функций (интеллекта, памяти и внимания, снижение психической активности); б) с явлением возбуждения психических процессов, появлением чего-то, что появилось как результат болезни (невротические расстройства, страхи, галлюцинации, бред, судорожное состояние);	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	в) возрастные симптомы, патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития; г) откат в развитии после реабилитации.	
14	Пограничными симптомами проявления болезни и дизонтогенеза является: а) выпадение психической деятельности: разрушение, утрата психических функций (интеллекта, памяти и внимания, снижение психической активности); б) с явлением возбуждения психических процессов, появлением чего-то, что появилось как результат болезни (невротические расстройства, страхи, галлюцинации, бред, судорожное состояние); в) возрастные симптомы, патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
15	Что относится к уровню соматовегетативных проявлений от 0 – до 3-х лет: а) характеризуется симптоматикой в моторной сфере: тики, заикание, гиперкинезы, повышенная психомоторная возбудимость, негативизм; б) нарушением цикла сон-бодрствование, персеверации сна, изменение питания, неврологическая рвота, понос, запор; в) эмоциональной лабильностью, агрессивностью, негативизмом, появлением страхов; г) сверхценные идеи, интересы, физическая, философская интоксикация, ипохондрические идеи (выискивание у себя проявлений нездоровья), появление идей мнимого уродства – дисморфофобия.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
16	Что относится к уровню психомоторного реагирования от 4х – до 7-ми лет: а) характеризуется симптоматикой в моторной сфере: тики, заикание, гиперкинезы, повышенная психомоторная возбудимость, негативизм; б) нарушением цикла сон-бодрствование, персеверации сна, изменение питания, неврологическая рвота, понос, запор; в) эмоциональной лабильностью, агрессивностью, негативизмом, появлением страхов; г) сверхценные идеи, интересы, физическая, философская интоксикация, ипохондрические идеи (выискивание у себя проявлений нездоровья), появление идей мнимого уродства – дисморфофобия.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
17	Что относится к уровню аффективного реагирования от 8 – до 12 лет: а) характеризуется симптоматикой в моторной сфере: тики, заикание, гиперкинезы, повышенная психомоторная возбудимость, негативизм;	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	б) нарушением цикла сон-бодрствование, персеверации сна, изменение питания, неврологическая рвота, понос, запор; в) эмоциональной лабильностью, агрессивностью, негативизмом, появлением страхов; г) сверхценные идеи, интересы, физическая, философская интоксикация, ипохондрические идеи (выискивание у себя проявлений нездоровья), появление идей мнимого уродства – дисморфофобия.	
18	Что относится к уровню эмоционально – идеаторного реагирования от 13 – до 16 лет: а) характеризуется симптоматикой в моторной сфере: тики, заикание, гиперкинезы, повышенная психомоторная возбудимость, негативизм; б) нарушением цикла сон-бодрствование, персеверации сна, изменение питания, неврологическая рвота, понос, запор; в) эмоциональной лабильностью, агрессивностью, негативизмом, появлением страхов; г) сверхценные идеи, интересы, физическая, философская интоксикация, ипохондрические идеи (выискивание у себя проявлений нездоровья), появление идей мнимого уродства – дисморфофобия.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
19	Какие реакции относятся к нормальным психогенным реакциям детского возраста: а) непослушание, вызывающее агрессивное поведение, грубость, которая является непосредственным ответом на травмирующие обстоятельства; б) сопровождаются вегетативной симптоматикой: учащенный пульс, покраснение кожных покровов, потливость. Могут быть эксплозивные реакции со вспышками гнева, разрушительные действия, агрессия, общее двигательное возбуждение с аффективным сужением сознания, злонамеренные поступки, причиняющие вред обидчику. У младенцев может быть аффективно респираторные судороги; в) отказ от еды, уход из дома, совершение суицидальных попыток. Могут быть реакции отказа от речи – мутизм. Нередко можно встретить недержание мочи, кала, рвота, запоры, насильственный кашель; г) возникают при утрате ребенком чувства безопасности, защищенности, чаще происходят при отрыве от семьи (госпитализация в больницу, приют, санаторий).	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
20	Какие реакции относятся к патохарактерологическим: а) непослушание, вызывающее агрессивное поведение, грубость, которая является непосредственным ответом на травмирующие обстоятельства; б) сопровождаются вегетативной симптоматикой: учащенный пульс, покраснение кожных покровов, потливость. Могут быть эксплозивные реакции со вспышками гнева, разрушительные действия, агрессия, общее двигательное возбуждение с аффективным сужением сознания,	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	злонамеренные поступки, причиняющие вред обидчику. У младенцев может быть аффективно респираторные судороги; в) отказ от еды, уход из дома, совершение суицидальных попыток. Могут быть реакции отказа от речи – мутизм. Нередко можно встретить недержание мочи, кала, рвота, запоры, насильственный кашель; г) возникают при утрате ребенком чувства безопасности, защищенности, чаще происходят при отрыве от семьи (госпитализация в больницу, приют, санаторий).	
21	Особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций – это а) психопатия; б) патологическое формирование личности; в) отклонение от темпа полового созревания; г) невропатии.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
22	Какой тип дизонтогенеза, связанный с первичной недостаточностью отдельных систем – зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата называется а) дефицитарным; б) прогрессирующей деменцией; в) психическим диатезом; г) умственной отсталостью.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
23	Стойкий дисгармонический склад психики, психопатические личностные свойства не имеют тенденцию к прогрессированию – это а) психопатия; б) патологическое формирование личности; в) отклонение от темпа полового созревания; г) невропатии.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
24	Непосредственное воспитание патологических черт характера, копирование родителя (возбудимость, неустойчивость, истеричность) в результате отрицательной стимуляции – это а) психопатия; б) патологическое формирование личности; в) отклонение от темпа полового созревания; г) невропатии.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
25	Ускорение (в среднем на 1—2 года) физического, интеллектуального и сексуального развития, в целом или частично – это а) психопатия; б) патологическое формирование личности; в) отклонение от темпа полового созревания; г) невропатии.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
26	Умственная отсталость — это	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	а) расстройство, характеризующееся нарушением внимания, двигательной гиперактивностью и импульсивностью поведения; б) состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума; в) незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и сохранением детских качеств личности; г) незрелость лобных долей мозга.	
27	Психический инфантилизм — это а) расстройство, характеризующееся нарушением внимания, двигательной гиперактивностью и импульсивностью поведения; б) состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума; в) незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и сохранением детских качеств личности; г) расстройство, характеризующееся только нарушением двигательной активности.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
28	Как проявляются парааутистические расстройства: а) нарушениями общения и недостаточностью коммуникативных функций, задержкой развития речи и моторных навыков; б) не только сохраняется эмоциональная сфера, но и ее повышенная чувствительность к внешним воздействиям, раздражительность и аффективная лабильность; в) сниженная чувствительность к внешнему воздействию; г) задержка моторных навыков и интеллектуального развития.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
29	Равномерная задержка темпа и физического и психического развития, проявляющегося в первую очередь незрелостью эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом говорит о а) простом гармоническом инфантилизме; б) дисгармоническом инфантилизме; в) психогенном инфантилизме; г) психический инфантилизм.	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10
30	Сочетание признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным эксцессам говорит о	ОПК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-10

	а) простом гармоническом инфантилизме; б) дисгармоническом инфантилизме; в) психогенном инфантилизме; г) психический инфантилизм.	
--	--	--

Ответы на задания теста:

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	а	11	в	21	г
2	а	12	а	22	а
3	б	13	б	23	а
4	а	14	в	24	б
5	а	15	б	25	в
6	а	16	а	26	б
7	б	17	в	27	в
8	а	18	г	28	б
9	а	19	а	29	а
10	б	20	б	30	б

6. Критерии оценивания результатов обучения по дисциплине

Оценивание результатов обучения по дисциплине формируется из оценки за тест промежуточного контроля (достаточный критерий – оценка «удовлетворительно» или выше) и оценки за ответ на выборочные вопросы к зачету (контрольные вопросы) (достаточный критерий – оценка «зачтено»).

6.1. Критерии оценивания для промежуточной аттестации по дисциплине

6.1.1. Критерии оценивания результатов теста промежуточного контроля:

- оценка «5» баллов («отлично») – 90-100% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «4» балла («хорошо») – 80-89% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «3» балла («удовлетворительно») – 70-79% ответов на вопросы теста даны верно;
- оценка «2» балла («неудовлетворительно») – менее 70% ответов на вопросы теста даны верно.

6.1.2. Критерии оценивания результатов промежуточной аттестации по дисциплине

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик:

Катунова Валерия Валерьевна, канд. биол. наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии «ПИМУ»

15.01.2024 г.