

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.08.2026 12:36:42
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b559fc61e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»

(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Факультет дошкольного, начального и специального образования
Кафедра специальной педагогики и комплексной психолого-педагогической реабилитации

УТВЕРЖДЕН

на заседании кафедры

Протокол от «04» марта 2026 г. № 8

Зав. кафедрой  [Утенкова С.Н.]

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине

«Клиника интеллектуальных нарушений»

Направление подготовки

44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

Профиль подготовки «Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья
(учитель-дефектолог)»

Москва
2026

Содержание

1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.....	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.....	3
3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.....	8
4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.....	32

1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ДПК-1. способностью к проведению дифференциального психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья, анализу результатов комплексного медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития.	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-5. способностью к организации коррекционно-развивающей среды и образовательной деятельности обучающихся с учётом индивидуальных особенностей их психофизического развития в рамках специального и инклюзивного образования	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------

ДПК-5	Пороговый	1.Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	<i>Знать:</i> - основные клинические показатели нарушений интеллектуального развития; - этиологию и патогенез различных форм интеллектуальных нарушений; - особенности психофизического развития лиц с интеллектуальными нарушениями; <i>Уметь:</i> - анализировать клинические показатели и особенности развития лиц с интеллектуальными нарушениями для определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации).	опрос, задания к практическим работам	Шкала оценивания опроса Шкала оценивания заданий к практическим работам
	Продвинутый	1.Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	<i>Знать:</i> - основные клинические показатели нарушений интеллектуального развития; - этиологию и патогенез различных форм интеллектуальных нарушений; - особенности психического развития лиц с интеллектуальными нарушениями; <i>Уметь:</i> - анализировать и определять клинические показатели и особенности развития лиц с интеллектуальными нарушениями для определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации). <i>Владеть:</i> - навыками применения данных о клинических показателях нарушений интеллектуального развития определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации).	реферат, тест, задания к практическим работам,	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата Шкала оценивания заданий к практическим работам

ДПК-1	Пороговый	1.Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	<i>Знать:</i> - клинико-психолого-педагогические классификации интеллектуальных нарушений; - особенности раннего выявления и профилактики интеллектуальных нарушений. <i>Уметь:</i> - анализировать результаты медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития	опрос задания к практическим работам,	Шкала оценивания опроса Шкала оценивания заданий к практическим работам
-------	-----------	---	--	---------------------------------------	---

	Продвинутый	1.Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	<i>Знать:</i> - клинико-психолого-педагогические классификации интеллектуальных нарушений; - особенности функционального и психического развития детей и подростков с интеллектуальными нарушениями; - особенности и методики раннего выявления и профилактики интеллектуальных нарушений. <i>Уметь:</i> - анализировать результаты медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития; - учитывать индивидуальные особенности психофизического развития для организации дальнейшего психолого-педагогического обследования; - выделять методы выявления детей с психофизическими и эмоциональными отклонениями. <i>Владеть:</i> - навыками анализа результатов обследования (анамнеза) лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития; - составлению заключения и разработке рекомендаций на основе результатов проведенной	реферат, тест, задания к практическим работам,	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата Шкала оценивания заданий к практическим работам
--	-------------	---	--	---	--

Шкала оценивания заданий к практическим работам:

23-30 баллов – Задание выполнено верно и в полном объеме, согласно предъявляемым требованиям, проведен правильный анализ, сделаны аргументированные выводы. Проявлен творческий подход и демонстрация рациональных способов решения конкретных задач. Обучающийся даёт аргументированные ответы на уточняющие и дополнительные вопросы.

15-22 баллов – Задание выполнено верно. Произведен частичный анализ и (или) сделаны неверные выводы. Показаны знания в пределах программы изучаемой дисциплины. Допущены недочеты и/или единичные ошибки.

6-14 баллов – Задание выполнено не в полном объеме. Приведена недостаточно убедительная аргументация выполненного задания. Нарушена логика выполнения задания. Учащийся испытывает затруднения при формулировании выводов и пояснении выполненного задания. Показаны недостаточно глубокие знания изучаемой дисциплины. Допущены существенные ошибки.

0-5 баллов – При выполнении задания допущены существенные ошибки. Знания из области изучаемой дисциплины демонстрируются скудные/не демонстрируются. Вариант, когда практическое задание выполнено, но абсолютно неверно. Вариант, когда практическое задание не выполнено оценивается как «0» баллов.

Шкала оценки в рамках процедуры тестирования:

Для оценки тестовых работ используются следующие критерии:

0-3 баллов: 0-20% правильных ответов оценивается как «неудовлетворительно»

4-6 балла: 21-50% - «удовлетворительно»;

7-8 балла: 51-90% - «хорошо»;

9-10 баллов: 91-100% – «отлично».

Шкала оценки реферата:

8-10 баллов: содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько полноценных параграфов. В тексте полностью раскрыты ключевые аспекты проблемы, содержится список литературы, достаточный по объему (в соответствии со спецификой выбранной проблематики). Студент хорошо ориентируется в тексте реферата и рассматриваемой проблеме, самостоятельно отвечает на вопросы по тексту, делает необходимые обоснованные выводы.

5-7 баллов: Содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько полноценных параграфов. В тексте полностью раскрыты ключевые аспекты проблемы, содержится список литературы, достаточный по объему (в соответствии со спецификой выбранной проблематики), включающий различные типы источников (учебные и методические пособия, научные статьи и т.д.), в том числе за последние 5 лет. Студент хорошо ориентируется в тексте реферата и рассматриваемой проблеме, самостоятельно отвечает на вопросы по тексту, иллюстрирует свой ответ практическими примерами, делает необходимые обоснованные выводы.

2-4 балла: Содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько параграфов. Текст реферата не в полном объеме раскрывает ключевые аспекты проблемы. В реферате содержится список литературы.

Студент испытывает затруднения при ориентировке в рассматриваемой проблеме, отвечает на вопросы, прибегая к тексту реферата, а также при условии оказания ему активной помощи.

0-1 балл: содержание реферата не соответствует его названию, не раскрывает рассматриваемую проблему. Оформление не соответствует необходимым требованиям. В тексте реферата студент не ориентируется, не может дать необходимых разъяснений по тексту.

Шкала оценивания опроса

15–20 баллов: содержание ответа соответствует поставленному вопросу (заданию), полностью раскрывает цели и задачи, сформулированные в вопросе; изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал хорошее владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.

8–14 баллов: содержание ответа недостаточно полно соответствует поставленному вопросу, не раскрыты полностью цели и задачи, сформулированные в вопросе; изложение материала не отличается логичностью и нет смысловой завершенности сказанного, студент показал достаточно уверенное владение материалом, не показал умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.

4–7 баллов: содержание ответа не отражает особенности проблематики заданного вопроса, – содержание ответа не полностью соответствует обозначенной теме, не учитываются новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.

0–3 балла: Ответ не имеет логичной структуры, содержание ответа в основном не соответствует теме, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.

3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ДПК-1. Способностью к организации коррекционно-развивающей среды и образовательной деятельности обучающихся с учётом индивидуальных особенностей их психофизического развития в рамках специального и инклюзивного образования

Знать:

- основные клинические показатели нарушений интеллектуального развития;
- этиологию и патогенез различных форм интеллектуальных нарушений;
- особенности психофизического развития лиц с интеллектуальными нарушениями;

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на пороговом уровне:

Вопросы для опроса

Тема 1 «Общие вопросы клиники интеллектуальных нарушений»

1. «Интеллект» - понятие, уровни, факторы развития и формирования интеллекта;

структура интеллекта.

2. Структурно-функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А.Р. Лурия.

3. Этиология и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности.

4. Дизонтогенез – понятие, патопсихологические параметры психического дизонтогенеза.

5. Клиническая психического дизонтогенеза (Ковалев В.В.).

6. Клинико-патопсихологическая классификация (Лебединский В.В.).

7. Классификация интеллектуальных нарушений (временное ослабление интеллекта, стойкое нарушение интеллекта: врожденное, приобретенное). Перечень факторов риска, классификации.

Тема 2 «Клиническая картина интеллектуальных нарушений»

1. Клиническая картина временного ослабления интеллекта. Аментивный синдром.

2. Клиническая картина умственной отсталости.

3. Характеристика степеней умственной отсталости (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая)

3. Клиническая картина деменции.

4. Клинические особенности отдельных нозологических форм врожденного слабоумия – умственной отсталости:

- умственная отсталость, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией: краснуха, врожденный сифилис, токсоплазмоз, алкогольный синдром плода, никотиновый синдром плода, наркотический синдром плода;

- умственная отсталость, обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом: внутричерепная родовая травма, асфиксия, детский церебральный паралич;

- умственная отсталость, обусловленная фенилкетонурией;

- умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями (синдром Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфельтера, Синдром «кошачьего крика», синдром Патау, синдром Эдвардса, Синдром Аперта, синдром Прадера-Вилли, синдром Клиппеля-Фейля);

- умственная отсталость, обусловленная гипотериозом;

- умственная отсталость, обусловленная гипертериозом;

- умственная отсталость, обусловленная недоношенностью;

- умственная отсталость, обусловленная другими уточненными причинами (ГБН, Синдром Бабинского-Фрейлиха, Акромегалия, Гигантизм, синдром Иценко-Кушинга, синдром Лоренса-Муна-Бидля-Барде, туберозный склероз, нейрофиброматоз, синдром Луи-Бара, синдром Марфана, гипертелоризм, синдром Гурлера, амавратическая идиотия Тея-Сакса).

5. Клинические особенности нозологических форм приобретенного слабоумия – деменции:

- деменция при ряде органических психических расстройств (деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция при болезни Пика, деменция при болезни Гантингтона, деменция при болезни Паркинсона, нейро СПИД, деменция в связи с травмой головного мозга, деменция, обусловленная эпилепсией, шизофренией, деменция

вследствие опухолей мозга, деменция, обусловленная энцефалитом, деменция, обусловленная нейросифилисом;

- деменция вследствие употребления психоактивных веществ.

Задания к практическим работам

Тема 2. Интеллект и интеллектуальные нарушения (понятия, теории, характеристика и др.)

Вопросы для подготовки.

1. Дайте определения понятия «интеллект» в трактовке ученых XIX и XX веков.
2. Перечислите факторы развития и формирования интеллекта.
3. Назовите основные уровни интеллекта.
4. Как Вы представляете патофизиологический механизм нарушения интеллектуальной деятельности при локальных поражениях мозга?
5. Что лежит в основе понятия *интеллектуальные нарушения*?
6. Какие основные структурно-функциональные блоки выделены А.Р. Лурия?
7. «Опишите» историю становления понятия «Высшие психические функции».
8. Какие функции относятся к *высшим психическим функциям*?
9. Какие интегративные уровни корковой деятельности Вы знаете?
10. Какие основные причины развития различных форм интеллектуальной недостаточности?
11. Перечислите и дайте краткую характеристику биологическим и психосоциальным
12. (социально-стрессовым) факторам риска.
13. Раскройте сущность понятий: хромосомы, ген, генотип, экспрессия генов, фен, фенотип.
14. Что такое геномные и хромосомные мутации?
15. Дайте обоснование понятия *наследственные болезни*.
16. Какие общие проявления наследственных болезней и в чем различия их течения?
17. От чего зависит степень поражения органов и систем при наследственных болезнях?
18. Как Вы представляете патомеханизм (патогенез) влиянием инфекций и интоксикаций на перинатальное развитие плода?
19. Перечислите основные инфекции и токсические вещества, оказывающие влияние на перинатальное развитие плода.
20. Какое влияние на перинатальное развитие плода оказывают травмы (механически,
21. электрические и др.)?
22. Какое влияние на потомство оказывает алкоголизм родителей, табакокурение, нарко- и токсикомания?
23. Какие основные проявления внутричерепной родовой травмы?
24. Перечислите этиологические факторы развития асфиксии плода асфиксии новорожденного?
25. Дайте характеристику психосоциальных факторов риска развития интеллектуальной недостаточности?
26. Назовите основные психотравмирующие (стрессовые) факторы риска в период беременности?
27. Перечислите факторы риска, приводящие к временному ослаблению интеллекта?

Тема 3. Этиология и патогенез умственной отсталости

Вопросы для подготовки.

1. Умственная отсталость, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией. Перечислите основные нозологические формы заболеваний и раскройте клиническую картину одного из них, по Вашему выбору, студента.
2. Детский церебральный паралич (ДЦП). Раскройте клинико-психолого-педагогическую характеристику детей, страдающих ДЦП.
3. Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями. Назовите основные нозологические формы заболеваний и представьте клиническую характеристику одного из них, по Вашему выбору.
4. Как Вы можете объяснить патогенез развития болезни Феллинга (фенилкетонурия).
5. Какие другие уточненные заболевания обуславливают развитие умственной отсталости? Перечислите их и дайте клиническую характеристику одного из них, например – *миоклонус – эпилепсия, синдром Марфана, болезнь Реклингхаузена* и др.

Тема 4. Клиника интеллектуальных нарушений при деменции

Вопросы для подготовки.

1. В чем выражается клиническая картина временного ослабления интеллекта?
2. Раскройте классификацию и дайте характеристику степеней умственной отсталости.
3. Как проявляется клиника разных степеней умственной отсталости.
4. Какие основные клинические симптомы характерны для деменции?
5. Дайте характеристику следующим понятиям: *маразм, тотальное слабоумие и парциальное слабоумие.*

Тема 5. Клиника интеллектуальных нарушений при искажённом психическом развитии (вариант синдрома раннего детского аутизма (РДА))

Вопросы для подготовки.

1. Представьте клиническую характеристику *раннего детского аутизма* (синдрома Каннера).
2. Представьте клиническую характеристику *раннего детского аутизма* (синдрома Аспергера).

Решение практических задач.

Тема 6. Клиника пограничных форм интеллектуальных нарушений.

Вопросы для подготовки.

1. Задержка психического развития (ЗПР) – это *синдром...* или самостоятельная нозологическая единица?
2. Раскройте сущность понятия *задержка психического развития* и ряда других терминологий – *пограничная интеллектуальная недостаточность, минимальная мозговая дисфункция, дефицит активного внимания, синдром органического дефекта, ранний детский экзогенный психосиндром* и др.
3. Какие основные факторы риска возникновения ЗПР?
4. В чем выражается патогенез задержки психического развития?
5. Дайте характеристику основных вариантов (их четыре) ЗПР?
6. Перечислите основные особенности ЗПР.
7. Как проявляются специфические особенности памяти и мышления у детей с ЗПР?

8. Какие главные дифференциально-диагностические признаки у умственной отсталости и задержки психического развития?
3. Клиника интеллектуальной недостаточности при неосложненном психическом инфантилизме. Особенности структуры дефекта. Дифференциально-диагностические признаки.
4. Клиника интеллектуальной недостаточности при осложненном психическом инфантилизме. Особенности структуры дефекта. Дифференциально-диагностические признаки.
5. Клиника интеллектуальных нарушений при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности. Особенности структуры дефекта. Дифференциально-диагностические признаки.
6. Клиника интеллектуальных нарушений при церебральном и психоорганическом синдромах.
7. Клиника интеллектуальных нарушений при детских церебральных параличах. Особенности структуры дефекта. Дифференциально-диагностические признаки.
8. Клиника интеллектуальных нарушений при общем недоразвитии речи. Особенности структуры дефекта. Дифференциально-диагностические признаки.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на продвинутом уровне:

Задания к практическим работам (см. пороговый уровень)

Тестовые задания

1. Умственная отсталость – это (выберите один ответ):
 А. временное ослабление интеллекта;
 В. приобретенное слабоумие;
 С. врожденное слабоумие.
2. Аментивный синдром – это (выберите один ответ):
 А. одно из проявлений приобретенного слабоумия,
 В. одно из проявлений врожденного слабоумия,
 С. одно из проявлений помрачнения сознания.
3. Общим клиническим проявлением для различных форм умственной отсталости является (выберите один ответ):
 А. парциальное недоразвитие психики;
 В. недоразвитие лимбической системы мозга,
 С. тотальное недоразвитие психики.
4. Термин «олигофрения» (малоумие) применил впервые (выберите один ответ):
 А. Э. Крепelin,
 В. М. С. Певзнер,
 С. В. И. Лубовский.
5. При каком синдроме в рамках олигофрений отмечаются эмоциональная бедность, общая вялость, бездеятельность, медлительность, скованность, замедленная реакция на все окружающее, низкая способность к психическому напряжению, психомоторная заторможенность, слабость побуждений, аспонтанность, астрессовость (выберите один ответ):
 А. апатико-абулическом синдроме;

- В. дисфорическом синдроме;
 - С. эйфорическом синдроме.
6. Термин «алалия» означает (выберите один ответ):
- А. недоразвитие речи,
 - В. недоразвитие слуха;
 - С. недоразвитие зрения.
7. Гнозис — это (выберите один ответ):
- А. высшая форма познавательной деятельности;
 - В. функция, обеспечивающая общение между людьми;
 - С. узнавание предметов через органы чувств и систему анализаторов;
8. Праксис — это (выберите один ответ):
- А. целенаправленное действие, привычное движение;
 - В. мысленное установление явлений окружающего мира;
 - С. произвольный двигательный акт.
9. Интеллект (по Амасьянцу Р.А. и Амасьянцу Э.А.) – это (выберите один ответ):
- А. основная форма познания человеком действительности;
 - В. интегральная деятельность высших психических функций в сочетании;
 - С. целенаправленное адаптационное поведение.
10. Нарушение адаптации (расстройство приспособительных реакций) – фактор риска нарушений интеллекта (выберите один ответ):
- А. наследственный;
 - В. психосоциальный;
 - С. экзогенный.
11. Причинами развития алкогольного синдрома плода являются (выберите один ответ):
- А. генетическое расстройство;
 - В. хромосомные нарушения;
 - С. предшествующая интоксикация.
12. Экзогенный фактор риска – это (выберите один ответ):
- А. этиологический фактор, обусловленный неблагоприятной микросоциальной средой;
 - В. этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией, интоксикацией, травмой;
 - С. этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.
13. Психосоциальный фактор риска – это (выберите один ответ):
- А. этиологический фактор, обусловленный неблагоприятной микросоциальной средой;
 - В. этиологический фактор, обусловленный отягощенной наследственностью;
 - С. этиологический фактор, обусловленный психическим заболеванием.
14. Наследственный фактор риска – это (выберите один ответ):
- А. этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся по влиянием экзогенного воздействия;
 - В. этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
 - С. этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией либо травмой.
15. Дизонтогенез – это (выберите один ответ):
- А. нарушение индивидуального развития организма на каком-либо этапе онтогенеза;
 - В. патологический процесс с внутренними закономерностями;
 - С. нарушение единства биологического и социального развития.

16. Общим клиническим проявлением для различных форм умственной отсталости является (выберите один ответ):
- А. парциальное недоразвитие психики;
 - В. недоразвитие лимбической системы;
 - С. тотальное недоразвитие психики.
17. Интеллектуальная недостаточность при умственной отсталости проявляется в виде (выберите один ответ):
- А. недостаточности мыслительной деятельности;
 - В. недостаточности всех психических процессов;
 - С. недостаточности всех психических процессов и моторной активности.
18. В основе структуры психического дефекта лежит (выберите один ответ):
- А. несформированность психических свойств личности;
 - В. недостаточность высших форм познавательной деятельности;
 - С. функциональная недостаточность, обусловленная психотравмой.
19. При умственной отсталости легкой степени (выберите один ответ):
- А. сохраняется способность к освоению общеобразовательных программ;
 - В. сохраняется способность к освоению специальных программ;
 - С. не сохраняется способность к освоению никаких программ.
20. Для умственной отсталости тяжелой степени характерны (выберите один ответ):
- А. низкий уровень интеллекта и низкий уровень сенсомоторики;
 - В. видимые интеллектуальные нарушения и выраженная моторная недостаточность;
 - С. весьма низкий уровень интеллекта и минимальный уровень развития сенсомоторики.
21. Особенности задержки психического развития:
- А. парциальность, необратимость, стойкость;
 - В. парциальность, обратимость, нестойкость;
 - С. тотальность, необратимость, стойкость.
22. Задержка психического развития в соответствии с МКБ-10 – это (выберите один ответ):
- А. синдром неврологического, психического или соматического заболевания;
 - В. самостоятельная нозологическая форма;
 - С. составная часть понятия пограничная интеллектуальная недостаточность.
23. Феномен «скачкообразность» динамики мыслительной деятельности характерен для (выберите один ответ):
- А. умственной отсталости;
 - В. деменции;
 - С. задержки психического развития.
24. Парциальность при ЗПР – это (выберите один ответ):
- А. нарушение темпа созревания всех структур головного мозга;
 - В. нарушение темпа развития отдельных нейрофизиологических систем;
 - С. изолированное недоразвитие одной из психических функций.
25. Основным и наиболее частым нарушением познавательной деятельности у детей с ДЦП является (выберите один ответ):
- А. умственная отсталость;
 - В. задержка психического развития;
 - С. деменция.
26. Умственная отсталость при гипер- или гипотериозе носит (выберите один ответ):
- А. стабильный характер в виде легкой или умеренной степени;

- В. стабильный характер в виде тяжелой или глубокой степени;
 - С. прогрессирующий характер от легкой до глубокой степени.
27. Синдром Клайнфельтера обусловлен (выберите один ответ):
- А. предшествующей инфекцией;
 - В. предшествующей травмой;
 - С. хромосомными нарушениями (аутосом);
 - Д. Хромосомными нарушениями (половых хромосом).
28. Моносомия – это (выберите один ответ):
- А. появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
 - В. отсутствие одной хромосомы в хромосомном наборе;
 - С. обмен сегментами между хромосомами.

Темы рефератов

1. Интеллект (понятие, теории и структура).
2. Факторы развития и формирования интеллекта.
3. Уровни интеллекта и методы их выявления.
4. Классификация интеллектуальных нарушений.
5. Временное ослабление интеллекта, аментивный синдром.
6. Умственная отсталость (клиника и характеристика ее степеней).
7. Деменция (факторы риска, клиническая картина и клиническая структура дефекта).
8. Задержка психического развития (ЗПР).
9. Умственная отсталость и задержка психического развития (дифференциальная диагностика).
10. Детские церебральные параличи.
11. Отдельные нозологические формы врожденного слабоумия, обусловленные инфекцией или интоксикацией.
12. Умственная отсталость, обусловленная фенилкетонурией.
13. Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями.
14. Умственная отсталость, обусловленная гипер- или гипотиреозом.
15. Синдромы умственной отсталости эндокринного генеза.
16. Умственная отсталость, обусловленная недоношенностью.
17. Умственная отсталость, обусловленная наследственной патологией (заболеванием, пороками развития и др.)
18. Умственная отсталость, обусловленная нарушением определенного вида обмена веществ.
19. Деменция при болезни Альцгеймера
20. Сосудистая деменция.
21. Деменция, обусловленная эпилепсией.
22. Деменция, обусловленная шизофренией.
23. Деменция вследствие опухолей головного мозга.
24. Деменция, обусловленная энцефалитом или менинго-энцефалитом.
25. Деменция, обусловленная окисью углерода.
26. Деменция, обусловленная церебральным липидозом.
27. Деменция, обусловленная рассеянным склерозом.
28. Деменция, обусловленная пеллагрой.

29. Деменция вследствие лейкоэнцефалита Ван-Богарта.
30. Деменция вследствие употребления алкоголя.
31. Деменция вследствие употребления токсических веществ или наркотических препаратов.
32. Деменция, обусловленная трипаносомозами.
33. Синдромы пресенильной и сенильной деменции.
34. Специфические расстройства развития речи и языка.
35. Специфические расстройства развития учебных (школьных) навыков.
36. Общие расстройства психологического (психического) развития (детский аутизм – синдром Каннера, синдром Ретта и др.).
37. Невротические расстройства, связанные со стрессом.
38. Особенности расстройств поведения и личности у лиц с умственной отсталостью и их учет в деятельности образовательных учреждений.

Уметь:

- анализировать клинические показатели и особенности развития лиц с интеллектуальными нарушениями для определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации).

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на пороговом уровне:

Задания к практическим работам

Источник:

1. Исаев Д.Н. Умственная отсталость детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
2. Амасьянц Р.А., Амасьянц Э.А. Клиника интеллектуальных нарушений. Учебник. – М.: Педагогическое общество России, 2009. – 320 с.

Составить характеристику, согласно следующей структуре:

- Нарушение процессов ощущения и восприятия;
- Расстройства внимания;
- Расстройства мышления;
- Нарушения речи;
- Расстройства памяти;
- Расстройства чувств;
- Волевые расстройства;
- Недоразвитие психомоторики; школьная неуспеваемость;
- Овладение трудовыми навыками.

Клинико–психолого-педагогическая характеристика глубокой умственной отсталости (расстройства интеллектуального развития, глубокое).

Клинико–психолого-педагогическая характеристика тяжелой умственной отсталости (расстройства интеллектуального развития, тяжелое).

Клинико–психолого-педагогическая характеристика умеренной умственной отсталости (расстройства интеллектуального развития, умеренное).

Клинико–психолого-педагогическая характеристика легкой умственной отсталости (расстройства интеллектуального развития, легкое).

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на продвинутом уровне:

Задания к практическим работам

(см. пороговый уровень)

Решение практических задач (пример):

1. Изучите анамнез и ответьте на поставленные вопросы.

ФИО: Б.Ю.С.

Возраст: 35 лет

Жалобы

Жалобы не предъявляет, настоящая госпитализация для прохождения медицинского освидетельствования для подтверждения группы инвалидности

Соматический статус

Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы обычной окраски и влажности, следов повреждений и инъекций нет. Жалобы на метеочувствительность, проявляющуюся головными болями и чувством общей слабости.

Неврологический статус

Зрачки средней величины, D=S, реакция на свет живая, содружественная. Лицо симметричное, видимых парезов мимических мышц нет. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях сохранена. Нарушений походки и координации движений нет. В анамнезе: «обмороки» с 14 лет, частые, по 1-2 разу в неделю, с потерей сознания на 3-4 минуты. Последние 3-4 года «обмороков» не было.

Психический статус

Больная в сознании, контактна, ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. В беседе участвует, отвечает на все поставленные вопросы. Голос и мимика соответствуют обстановке и теме разговора. Речь правильная, предложения в основном согласованные, но есть и аграмматичные фразы, в основном простые, иногда с использованием междометий. Словарный запас снижен. Часто использует в речи уменьшительно-ласкательные слова «мамулька, бабулька, дедулька». Долго, обстоятельно отвечает на вопросы, использует для связи предложений междометия. Отмечает периодические наплывы мыслей «как нахлынуло»: «хочется убить, задушить, застрелить мамульку и себя». Подобные мысли возникают не часто. До 30 лет никому их не рассказывала, затем рассказала маме. Последний раз наплыв мыслей был сегодняшней ночью: больная испугалась, «что с ней будет, если ее парализует». В 18-20 лет могла наругать родственникам, один раз «ударила дедульку, когда он пил». Восприятие не нарушено. Больная помнит имя лечащего врача, соседей по палате, свои предыдущие госпитализации. Может прочесть наизусть отрывки из стихотворений «Руслан и Людмила», «Сказка о Царе Салтане», пересказывает содержание повести Чехова «Каштанка». Однако смысл стихотворений, о чем они написаны объяснить не может. Из другой прочитанной литературы не помнит не имен главных героев, не содержания: из романа «Война и мир» называет только «Болконскую». Со слов больной читает много, литература и русский язык нравились еще со школы (обучалась в «интернате, 2-9 класс»), но помнит только названия произведений. Сейчас в основном читает журналы «Караван

историй», «Вокруг света», «Семь дней». Говорит, что раньше сочиняла «рассказы о животных, пейзажах», написала несколько тетрадок. Со слов больной, не ходит в магазин, «потому что плохо считает деньги». При просьбе сложить 5 и 10 рублей (числа называет верно) больная отвечает «пятьдесят», однако 1 и 1 сложить может. Смысл пословиц и поговорок объяснить не может, отвечает: «не понимаю, не знаю». В отделении больная занимается вышивкой (продемонстрировала фотоальбом со своими работами – вышивает иконы на заказ). Быстро утомляется при любых видах деятельности, часто приходится отдыхать. С другими больными контактирует, однако дружеских отношений ни с кем нет. Отмечает, что «друзей нет», потому что «мамулька оберегает», со сверстниками ни в школе, ни в детском саду не контактировала. Жалуется, что другие больные «говорят, что она инвалид, ничего не умеет». Критика к заболеванию снижена: говорит, что «в больнице находиться из-за ВТЭК», но при этом «наверно, здорова». Планов на будущее не строит.

Вопросы:

- На основании представленного анамнеза предположите степень интеллектуального нарушения.
- Обоснуйте предполагаемый диагноз (подтвердите примерами из анамнеза).

2. Изучите анамнез и ответьте на вопросы

Возраст – 54 года

ЖАЛОБЫ на момент осмотра не предъявляет.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ. Наследственность не отягощена. Росла и развивалась нормально в семье, где было двое детей: она и старшая сестра. Сестра здорова. Была общительной, всегда имела много друзей. Получила среднее специальное образование. Долго работала в строительстве. Была замужем около 10 лет. Есть сын, живет отдельно, здоров.

В возрасте около 30 лет периодически возникали эпизоды то повышенного, то пониженного настроения, по поводу чего обращалась к частным психотерапевтам. Один из которых «хотел на ней жениться». Около 10 лет назад на фоне пониженного настроения и общей физической усталости вечером у себя дома в прихожей увидела черного человека в широкополой шляпе, который хотел с ней побеседовать. Но она сказала, что «не может сейчас с ним поговорить из-за плохого душевного и физического состояния». В это время дома был сын, тогда ему было 12 лет. Он сидел на кухне с другом. Больная хотела ему все рассказать, но заметила, что сын и так встревожен её состоянием и решила «ещё больше его не пугать». На вопрос, с чем было связано подобное состояние, рассказала о преследовании. Преследование велось из проезжающих мимо черных машин, страшно было подходить к телефону, потому что «его прослушивали». Говорит, что знает, кто мог за ней следить. Некий Василий Николаевич – её личный психотерапевт, как утверждает пациентка, объяснил ей, что это было «пограничное состояние». Принимала, назначенные им препараты, какие не помнит, но не регулярно, дозу регулировала сама. Сейчас с критикой относится к перенесенному психозу, считает, что тогда все это ей только казалось. Последние 7 лет лекарства не принимает. За это время со слов родственников (сын, старшая сестра) неоднократно были эпизоды повышенной активности, интенсивной деятельности, освоения новой профессии (бухгалтерский учет), спонтанного ухода с прежнего места работы, поиска новой.

Также заявила однажды, что «чувствует в себе столько сил и энергии, что может исцелять людей». Даже пыталась это делать. Сама больная отмечает, что бывают периоды, когда несколько дней может лежать на диване, не хочется и тяжело что-либо делать, снижается аппетит и вообще плохое настроение. Возникновение подобного состояния связывает с влиянием житейских передряг, каких-либо жизненных неудач, обид. Последнее время чувствовала себя очень хорошо, была полна сил, энергией, и множеством идей. Интенсивно искала способы заработать деньги, но так ничего и не получилось. Последнее время, находясь на пенсии, работала «дизайнером штор», но поссорилась с коллективом и уволилась. Надо было просто оформлять документы, в то время, когда её «голова была наполнена мыслями о новых моделях штор». Считает, что её не поняли и недооценили. Накануне, настойчиво требовала, чтобы сын оставил все свои дела и срочно приехал к ней домой, так как ей необходимо поделиться своими мыслями и идеями. Получив отказ разбила телефон, а когда он все-таки приехал, не открывала дверь. Сына ни в чем не обвиняет, наоборот, говорит, что виновата перед ним, т.к. «в детстве ему много пришлось пережить из-за неё».

СОМАТИЧЕСКИЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС пациентка среднего роста, умеренного питания. Пропорционального телосложения. Соматическое состояние удовлетворительное, жалоб нет, по системам органов без особенностей. Кожа чистая, сыпи нет, шрамов, татуировок, следов от инъекций нет. Реакция зрачка на свет нормальная. Нарушения координации и тремор отсутствуют. Очаговой неврологической симптоматики нет.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС больная ориентирована в месте, пространстве и собственной личности, контактна, активно участвует в беседе, оживлена, спорит, задает вопросы, смеется. Обращает на себя внимание живой блеск глаз.

Выявлены нарушения в сфере мышления, проявляющиеся в потоке, наплыве мыслей, которые больная хочет выразить все сразу, поэтому говорит много, быстро, перескакивает с одного на другое. На прямой вопрос отвечает бесплодным мудрствованием, рассуждательством в виде резонерства. Мышление расплывчато, в высказываниях происходит соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. Суждения разноплановы, немного противоречивы, близкие к амбивалентности. Также выявлены нарушения в сфере эмоций, проявляющиеся в виде гипомании и ментизма. В сферах восприятия, памяти, интеллекта и воли нарушений не выявлено. Двигательных расстройств нет.

В отделении ведет себя спокойно, говорит, что здесь она отдыхает. В общении с персоналом и врачами фамильярна. У студентов выпрашивает сигареты. На сон не жалуется, спит достаточно. С персоналом отношения сложились хорошие.

Больной себя не считает, хотя при этом заявляет: «у меня маниакал», что и послужило с её слов причиной госпитализации. Жалуется на врачей, которые не объясняют ей, какие назначат препараты и зачем, почему её не выпускают на улицу погулять и домой на выходные: «у неё ещё очень много дел дома». Таким образом, у больной имеется только формальная критика.

Вопросы

- На основании представленного анамнеза предположите степень интеллектуального нарушения.
- Обоснуйте предполагаемый диагноз (подтвердите примерами из представленного анамнеза).

Владеть:

- навыками применения данных о клинических показателях нарушений интеллектуального развития определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации).

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5 на продвинутом уровне:

Задания к практическим работам

Определить направления психолого-педагогического сопровождения.

Источник:

1. Исаев Д.Н. Умственная отсталость детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
2. Амасьянц Р.А., Амасьянц Э.А. Клиника интеллектуальных нарушений. Учебник. – М.: Педагогическое общество России, 2009. – 320 с.

На основе составленной клинико-психолого-педагогической характеристики различных степеней умственной отсталости определить пути и содержание первичной (педагогической) профилактики и направления психолого-педагогического сопровождения.

ДПК-1. способностью к проведению дифференциального психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья, анализу результатов комплексного медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития.

Знать:

- клинико-психолого-педагогические классификации интеллектуальных нарушений;
- особенности раннего выявления и профилактики интеллектуальных нарушений.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-1 на пороговом уровне:

Вопросы для опроса

Тема 1 «Общие вопросы клиники интеллектуальных нарушений»

1. Раскройте психологические классификации психического дизонтогенеза (Л. Каннер, Г.Е. Смирнова).
2. Клиническая психического дизонтогенеза (Ковалев В.В.).
3. Клинико-патопсихологическая классификация (Лебединский В.В.).
4. Классификация интеллектуальных нарушений (временное ослабление интеллекта, стойкое нарушение интеллекта: врожденное, приобретенное). Перечень факторов риска, классификации.
5. Международная классификация МКБ-10, МКБ-11.
6. Клиническая систематика задержки психического развития К.С. Лебединской.
7. Клинико-педагогическая классификация форм олигофрении М.С. Певзнер
8. Классификация Г.Е. Сухаревой

Задания к практическим работам

Тема 2. Интеллект и интеллектуальные нарушения (понятия, теории, характеристика и др.)

1. На какие две основные группы делятся все интеллектуальные нарушения?

2. Как Вы представляете классификацию врожденного слабоумия с учетом фактора риска и степеней тяжести умственно отсталости?

3. Представьте классификацию приобретенного слабоумия – деменции с учетом факторов риска, течения патологического процесса и клинических проявлений?

4. Напишите перечень основных форм стойких нарушений интеллекта с учетом их факторов риска.

5. Какие состояния относятся к понятию *снижение уровня личности*?

6. Подготовьте классификацию психологических (психических) и поведенческих расстройств, приводящих к снижению уровня интеллекта и личности?

Тема 7. Профилактика интеллектуальных нарушений

Вопросы для подготовки.

1. Что такое профилактика? Первичная и вторичная профилактика.
2. Медико-генетическое консультирование как вид медицинской помощи.
3. Основные задачи, показания к медико-генетическому консультированию.
4. Этапы медико-генетического консультирования.
5. Методы генетических исследований.
6. Первичная (педагогическая) профилактика факторов риска, ведущих к инвалидизации ребенка.
7. Раннее выявление детей с психофизическими и эмоциональными отклонениями в развитии:
 - особенности неврологического обследования детей раннего возраста;
 - психолого-педагогическая диагностика ранних нарушений эмоционального развития.

Знать:

- **клинико-психолого-педагогические классификации интеллектуальных нарушений;**
- **особенности функционального и психического развития детей и подростков с интеллектуальными нарушениями;**
- **особенности и методики раннего выявления и профилактики интеллектуальных нарушений.**

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-1 на продвинутом уровне:

Задания к практическим работам (см. пороговый уровень)

Тестовые задания

1. Основной вид деятельности медико-генетической службы (выберите один ответ):
 - А. профилактика приобретенного слабоумия;
 - В. профилактика врожденной и наследственной патологии;
 - С. профилактика задержки психического развития.
2. Легкие формы ослабления психической деятельности, не достигшие степени слабоумия называются (выберите один ответ):
 - А. снижением уровня личности,
 - В. деменцией,
 - С. дебильностью.
3. Варианты задержки психического развития по К.С. Лебединской (выберите один ответ):
 - А. психогенного, соматогенного и церебрально-органического происхождения,

- В. конституционального, соматогенного и церебрально-органического происхождения;
 - С. конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.
4. Ретардация – это (выберите один ответ):
 - А. искаженное и дисгармоничное развитие;
 - В. поврежденное и дефицитарное развитие;
 - С. запаздывание или приостановка развития.
 5. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно начало формирования лепетной речи (выберите один ответ):
 - А. 5 – 6 месяцев;
 - В. 7 – 8 месяцев;
 - С. 9 – 10 месяцев.
 6. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно появление понимания обращенной речи и выполнение простых словесных инструкций (выберите один ответ):
 - А. 7 – 8 месяцев;
 - В. 9 – 10 месяцев;
 - С. 11 – 12 месяцев.
 7. Развитие зрительно-моторной координации начинает проявляться на (выберите один ответ):
 - А. 4 – 5 месяцах первого года жизни;
 - В. 6 – 7 месяцах первого года жизни;
 - С. 8 – 9 месяцах первого года жизни.
 8. Хватательный рефлекс в норме определяется до (выберите один ответ):
 - А. 3 месяцев;
 - В. 4 месяцев;
 - С. 5 месяцев;
 9. Хоботковый рефлекс в норме определяется до (выберите один ответ):
 - А. 2 – 3 месяцев;
 - В. 4 – 5 месяцев;
 - С. 6 – 7 месяцев.
 10. Медико-генетическое консультирование осуществляется в (выберите один ответ):
 - А. в учреждениях образования;
 - В. в учреждениях социального развития;
 - С. в учреждениях здравоохранения.
 11. Молекулярно-генетические методы направлены на (выберите один ответ):
 - А. выявление деления клетки и ее изменчивость;
 - В. выявление изменений молекулярной структуры ДНК;
 - С. изучение патологических признаков генов.
 12. Медико-генетическое консультирование состоит из (выберите один ответ):
 - А. 2-х этапов;
 - В. 3-х этапов;
 - С. 4-х этапов.
 13. Генеалогический метод используется для (выберите один ответ):
 - А. метод изучения структуры и набора хромосом;
 - В. метод изучения характера наследования определенного признака в будущем у членов изучаемой семьи;

- С. метод изучения структуры и набора генов.
14. Первичная (педагогическая) профилактика направлена на (выберите один ответ):
А. профилактику осложнений после перенесенных заболеваний;
В. профилактику факторов риска различных заболеваний и интоксикации, травм и др.;
С. профилактику наследственных болезней.
15. В МКБ-10 используется термин (выберите один ответ):
А. болезнь;
В. расстройство;
С. заболевание.
16. Клиническая структура деменции включает в себя (выберите один ответ):
А. патологическое изменение личности;
В. нарушение интеллектуальной деятельности;
С. Патологическое изменение личности и нарушение интеллектуальной деятельности.
17. Вариантами клинической классификации дизонтогенеза по В.В. Ковалеву являются (выберите один ответ):
А. Поврежденное, дефицитарное, дисгармоническое, задержанное развитие;
В. Недоразвитие, искаженное развитие;
С. Ретардация, асинхрония, регрессивный тип.
18. В классификации Г.Е. Сухаревой группы выделяются в зависимости характера поражения от (выберите один ответ):
А. причины воздействия;
В. времени воздействия;
С. фактора нарушения.

Темы рефератов

1. Интеллект (понятие, теории и структура).
2. Факторы развития и формирования интеллекта.
3. Уровни интеллекта и методы их выявления.
4. Классификация интеллектуальных нарушений.
5. Временное ослабление интеллекта, аментивный синдром.
6. Умственная отсталость (клиника и характеристика ее степеней).
7. Деменция (факторы риска, клиническая картина и клиническая структура дефекта).
8. Задержка психического развития (ЗПР).
9. Умственная отсталость и задержка психического развития (дифференциальная диагностика).
10. Раннее выявление детей с психофизическими нарушениями.
11. Профилактика интеллектуальных нарушений.
12. Медико-генетическое консультирование.
13. Детские церебральные параличи.

Уметь:

- **анализировать результаты медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития**

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-1 на пороговом уровне:

Задания к практическим работам

1. Изучите анамнез и результаты обследования и ответьте на вопросы

Ф.И.О.: Алексей

Пол: мужской.

Дата рождения, возраст: 2001г., 11 лет.

Постоянное место жительства: город

Место работы, должность: ученик 1 класса

Жалобы

На момент курации пациент жалоб не предъявляет.

Воспитатели жалуются на расторможенность в поведении ребенка, временами агрессивные проявления, особенно по отношению к окружающим, может поднять руку, ударить. Мальчик не слушается, капризничает, часто настаивает на своем. Плохой сон. Рассеянность. Начал хуже заниматься, стал неусидчивым, быстрее утомляется, теряет интерес к заданиям, уходит больше времени на занятия. Низкий интеллект, снижение памяти, нарушение речи.

Анамнез жизни

Ребенок от третьей беременности, мать во время беременности не наблюдалась, злоупотребляла алкоголем. Роды на сроке 36-37 недель. Родился мальчик с массой тела 1800г, длиной тела 48см. Диагноз роддома: Перинатальное поражение ЦНС, гипертензионный синдром, синдром мышечной дистонии, фетальный гепатит, пренатальная гипотрофия II степени, анемия средней тяжести. Лекарственная аллергия на ампициллин, витамин B1, B6; ОРЗ.

В дом ребенка поступил 21.02.02 в возрасте 4 месяцев. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит - с 11 месяцев, стоит у опоры - с 1г 6 мес., ходит - с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты.

Перенесенные заболевания: 2005 год - острый ринит; 2006 год - ветряная оспа, острый гастрит, 2007 год - лимфаденит, ячмень левого века, инородное тело носового прохода; 2008 год - ОРВИ, ринофарингит; 2009 год - ОРВИ.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергический анамнез: лекарственная аллергия на ампициллин, витамин B1, B6.

Психический статус

Внешность

Астенический тип телосложения, осанка правильная. Одежда чистая, аккуратная. Волосы чистые, мягкие. Ногти покрывают полностью ногтевые ложа, чистые, ровные.

Пациент сидит спокойно, улыбается, доволен собой.

Отношение к куратору дружественное, заинтересованное. Задания выполняет. В беседе без чувства дистанции.

Ясность сознания и его расстройств.

Сознание ясное. Пациент ориентируется в себе, во времени и пространстве.

Нарушения речи

Речь невнятная, развита плохо. Использует фразы и простые предложения. Словарный запас беден. Механически называет свое имя, фамилию, возраст. Кругозор узок, называет предметы и вещи с помощью куратора, опирается на наглядный материал. Приметы раскрывает не полностью, примитивно, называет не все предметы, домашних животных.

На вопросы отвечает охотно, но однословно.

Мышление и его расстройства

Мышление наглядно-действенное. Функции анализа - синтеза развиты слабо. Сравнения проводить затрудняется. Простые сравнения проводит (по форме, цвету, размеру), значительно затруднено описание, с усложнением не справляется.

Нарушение эмоций и чувств

Эмоционально однообразен, несколько монотонен, не всегда адекватен. Эмоционально не зрелый, развязан.

Ощущения, восприятия и их расстройства

Изменений интенсивности и качества ощущения, восприятия не наблюдаются. Психосенсорных расстройств не отмечено.

Расстройства влечений

Усиления или ослабления пищевых влечений нет. Реакции паники, страха не наблюдается.

Расстройства эффе́ктивно-волевой сферы

Временами двигательного расторможен, временами двигательного активен, неусидчив.

Расстройства сна не наблюдаются - засыпает быстро, спит хорошо.

Нарушения внимания

Внимание истощенное, неустойчивое, привлекается ненадолго. Задания выполняет неравномерно, избирательно. С трудом привыкает к новому. Детям особо не тянется, играть не умеет. Затруднено общение со сверстниками, больше тянется к взрослым.

Интеллект, память и их расстройства

Интеллектуальные проявления неравномерны, в целом, ниже возрастного уровня. Счетные операции затруднены в пределах 20.

Знает основные цвета, оттенки, геометрические фигуры. При выполнении заданий требует постоянного внимания к себе. Целостный образ знакомых предметов нечеткий, неполный. Разрезы картинки из 3-4 частей собирает с небольшой помощью, из 4-х диагональных - не справляется. Серийные картинки самостоятельно не раскладывает. Упрощенный вариант сложил с пошаговыми подсказками, причинно-следственной связи не улавливает.

Операциями переноса не владеет

Школьные знания неравномерны

Самооценка и критика к болезни

Критики к своему состоянию нет

Протоколы психологических исследований «Понимание пословиц и метафор»:

1. Светлая голова - «чистая».
2. Каменное сердце - «камни в сердце».
3. Глухая ночь - «когда не слышат»
4. Железный характер - «сильный».
5. Семь раз отмерь, один раз отрежь - «не знаю».
6. Тише едешь, дальше будешь - «не знаю».
7. Золотая голова - «умная».
8. Куй железо пока горячо - «не знаю».
9. Цыплят по осени считают - «не знаю».
10. Не красна изба углами, а красна пирогами - «не знаю».

Выберите одно из слов, заключенных в скобки, которое правильно закончит начатое предложение.

1. У сапога есть... (шнурок, пряжка, **подошва**, ремешки, пуговица).
2. месяц зимы... (сентябрь, октябрь, февраль, **ноябрь**, март).
3. У дерева всегда есть... (**листья**, цветы, плоды, **корень**, тень).

4. Вода всегда... (**прозрачная**, холодная, жидкая, белая, вкусная).

В каждой строке написано пять слов, из которых четыре можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к группе не относится. Это лишнее слово нужно найти и исключить:

1. тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка - все цветы, фасоль не цветок (затрудняется ответить, что это).

2. стол, стул, кровать, пол, шкаф - все мебель, пол лишнее - на нем всё стоит.

3. самолет, телега, человек, корабль, велосипед - человек лишнее, на остальных ездят.

4. дом, мечта, машина, корова, дерево - затрудняется ответить.

5. сладкий, горячий, кислый, горький, соленый - кислый, но почему затрудняется ответить.

6. весёлый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный - не знает.

Последовательность событий (серия сюжетных картин) из четырёх картин самостоятельно установить не смог.

Картину из двух, трёх, четырех деталей собирает самостоятельно. Называет что на нем изображено.

Вопросы

- На основании представленного анамнеза предположите степень интеллектуального нарушения
- Обоснуйте предполагаемый диагноз (подтвердите примерами из анамнеза)

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-1 на продвинутом уровне:

Посмотреть видео обследования ребенка 7 лет на заседании ПМПК:

- собрать анамнестические сведения, определить возможные причины возникновения нарушений;
- составить протокол диагностики по схеме:

Название метода (методики) диагностики, цель	Действия и слова экспериментатора	Действия и слова испытуемого

- сделать заключение.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-1 на продвинутом уровне:

Владеть:

- навыками анализа результатов обследования (анамнеза) лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития;
- составлению заключения и разработке рекомендаций на основе результатов проведенной диагностики.

На основе представленного анамнеза и обоснованного диагноза предположите направления, методы диагностики; направления психолого-педагогического сопровождения и специалистов.

Примерная схема

Раздел	Содержание диагностики	Методы диагностики	Специалисты сопровождения	Направления сопровождения
--------	------------------------	--------------------	---------------------------	---------------------------

1. Общие сведения о ребёнке				
2. Условия семейного воспитания				
3. Сведения о состоянии здоровья				
4. Деятельность				
5. Проявление личностных качеств				
6. Особенности развития познавательных процессов				
7. Эмоционально-волевая сфера				

Промежуточная аттестация

ДПК-5. способностью к организации коррекционно-развивающей среды и образовательной деятельности обучающихся с учётом индивидуальных особенностей их психофизического развития в рамках специального и инклюзивного образования

Знать:

- основные клинические показатели нарушений интеллектуального развития;
- этиологию и патогенез различных форм интеллектуальных нарушений;
- особенности психического развития лиц с интеллектуальными нарушениями;

Уметь:

- анализировать и определять клинические показатели и особенности развития лиц с интеллектуальными нарушениями для определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации).

Владеть:

- навыками применения данных о клинических показателях нарушений интеллектуального развития определения и выбора направлений психолого-педагогической абилитации (реабилитации).

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-5

Перечень вопросов для экзамена

1. Клиника интеллектуальных нарушений как самостоятельная учебная дисциплина: направления работы, объект и предмет, взаимосвязь с другими дисциплинами, понятие

медико-педагогического комплекса, задачи клиники интеллектуальных нарушений как дисциплины в системе подготовки бакалавров специального (дефектологического) образования

2. Понятие интеллекта: введение понятия в науку; первые тесты интеллекта, их направленность, основные подходы к пониманию сущности интеллекта и их сторонники. Понимание интеллекта в отечественной психологии.
3. Структура интеллекта: тройственная теория Стернберга. Высшие психические функции, психические свойства личности и психические состояния как составляющие интеллекта.
4. Факторы развития и формирования интеллекта.
5. Основные причины возникновения нарушений интеллекта и развития интеллектуальной недостаточности.
6. Интеллект и мышление. Взаимосвязь работы корковых и подкорковых структур. Интегративные уровни корковой деятельности: первая сигнальная система, вторая сигнальная система, высший уровень интеграции.
7. Структурно-функциональные блоки мозга (концепция А.Р. Лурия). Структурно-функциональная модель работы мозга, как субстрата психической деятельности. Энергетический блок; блок приёма, переработки и хранения информации; блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности: структуры и функции.
8. Структура интеллекта и схема нарушения интеллекта по Р.А. Амасьянцу.
9. Интеллектуальные нарушения: понятие, условия возникновения. Общепатологический подход в клинических описаниях отдельных форм интеллектуальных нарушений. Составные элементы нозологии.
10. Интеллектуальные нарушения. Клиническая картина временного ослабления интеллекта. Аментивный синдром: причины, клиника, формы.
11. Интеллектуальные нарушения. Умственная отсталость: понятие, основные подходы к классификации умственной отсталости и олигофрении.
12. Клиническая картина умственной отсталости – общие характеристики.
13. Умственная отсталость лёгкой степени (расстройство интеллектуального развития, легкое): клинические особенности, характеристика нарушений высших психических функций, прогноз.
14. Умеренная умственная отсталость (расстройство интеллектуального развития, умеренное): клинические особенности, характеристика нарушений высших психических функций, прогноз.
15. Умственная отсталость тяжёлой степени (расстройство интеллектуального развития, тяжелое): клинические особенности, характеристика нарушений высших психических функций, прогноз.
16. Глубокая умственная отсталость (расстройство интеллектуального развития, глубокое): клинические особенности, характеристика нарушений высших психических функций, прогноз.
17. Деменция: понятие, клинический симптомокомплекс дементного синдрома.
18. Деменция при органических психических расстройствах. Примеры заболеваний, их органическая основа и клинические показатели.
19. Деменция, возникающая вследствие употребления психоактивных веществ.
20. Особенности задержки психического развития и их характеристика.

21. Задержка психического развития конституционального генеза: типы инфантилизма, клинические показатели.
22. Задержка психического развития соматогенного типа: этиология и клинические характеристики.
23. Задержка психического развития психогенного типа: этиология и клинические характеристики.
24. Задержка психического церебрально-органического генеза: этиология и клинические характеристики.
25. Клиника интеллектуальных нарушений при искажённом психическом развитии (вариант синдрома раннего детского аутизма).
26. Расстройства, сопровождающиеся снижением уровня интеллекта и личности. Специфические расстройства развития речи и языка.
27. Расстройства, сопровождающиеся снижением уровня интеллекта и личности. Специфические расстройства развития учебных (школьных) навыков.
28. Расстройства, сопровождающиеся снижением уровня интеллекта и личности. Общие расстройства психологического (психического) развития.
29. Невротические расстройства, связанные со стрессом. Понятие стресса. Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации.
30. Невротические расстройства, связанные со стрессом. Понятие стресса. Неврастения.
31. Клиника интеллектуальных нарушений при детских церебральных параличах.
32. Клиника интеллектуальных нарушений при общем недоразвитии речи.
33. Клиника интеллектуальных нарушений при врождённых или рано приобретённых глухоте и тугоухости.

Перечень вопросов для контрольной работы (для заочной формы обучения):

ВАРИАНТ 1

1. Интеллект (понятие, теории).
2. Умственная отсталость лёгкой степени (расстройство интеллектуального развития, легкое): клиническая характеристика, дифференциально-диагностические признаки. Привести примеры анамнеза.
3. Синдромы Аперта и Крузона (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 2

1. Интеллект и высшие мозговые функции.
2. Умственная отсталость, умеренная (расстройство интеллектуального развития, умеренное): клиническая характеристика, дифференциально-диагностические признаки. Привести примеры анамнеза.
3. Синдромы Сьегрена-Ларссона и Берьесона-Форсмана-Лемана (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 3

1. Структура интеллекта и её нарушения.
2. Умственная отсталость тяжёлая (расстройство интеллектуального развития, тяжелое): клиническая характеристика, дифференциально-диагностические признаки. Привести примеры анамнеза.
3. Синдромы Прадера-Вилли и Клиппеля-Фейля (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 4

1. Нейрофизиологический механизм интеллектуальной деятельности.
2. Умственная отсталость глубокая (расстройство интеллектуального развития, глубокое):

клиническая характеристика, дифференциально-диагностические признаки. Привести примеры анамнеза.

3. Синдромы Бабанского-Фрейлиха и Иценко-Кушинга (клиническая характеристика).

4.

ВАРИАНТ 5

1. Патофизиологический механизм нарушения интеллектуальной деятельности при локальных поражениях мозга. Описать и показать различные варианты нарушений.

2. Умственная отсталость, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией. Варианты нарушений: для каждого описать этиологию (перечень факторов риска), патогенез, клиническую характеристику и дифференциальные признаки.

3. Синдром Лоренса-Муна-Бидля-Барде (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 6

1. Основные структурно-функциональные блоки по А.Р. Лурия. Схема с описанием.

2. Умственная отсталость, обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом: для каждого описать этиологию (перечень факторов риска), патогенез, клиническую характеристику и дифференциальные признаки.

3. Синдром Альберса – Шенберга и болезнь Бурневилля (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 7

1. Регуляция интеллектуальной деятельности структурно-функциональными блоками головного мозга. Схема с описанием.

2. Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями (перечень факторов риска, клиническая характеристика).

3. Синдром Лоу-Терри-Мак-Лехиана (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 8

1. Сознание и его расстройства.

4. Умственная отсталость, обусловленная гипертиреозом: описать этиологию (перечень факторов риска), патогенез, клиническую характеристику и дифференциальные признаки.

2. Синдром Пелицеуса-Мерцбахера (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 9

1. Патофизиологический механизм нарушения речевой деятельности. Схема и описание.

2. Умственная отсталость, обусловленная недоношенностью: описать этиологию (перечень факторов риска), патогенез, клиническую характеристику и дифференциальные признаки.

3. Синдром Марфана (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 10

1. Память и её нарушения.

2. Умственная отсталость, обусловленная гипотиреозом: описать этиологию (перечень факторов риска), патогенез, клиническую характеристику и дифференциальные признаки.

3. Синдром Гурлера (клиническая характеристика).

ДПК-1. способностью к проведению дифференциального психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья, анализу результатов комплексного

медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития

Знать:

- клинико-психолого-педагогические классификации интеллектуальных нарушений;
- особенности функционального и психического развития детей и подростков с интеллектуальными нарушениями;
- особенности и методики раннего выявления и профилактики интеллектуальных нарушений.

Уметь:

- анализировать результаты медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития;
- учитывать индивидуальные особенности психофизического развития для организации дальнейшего психолого-педагогического обследования;
- выделять методы выявления детей с психофизическими и эмоциональными отклонениями.

Владеть:

- навыками анализа результатов обследования (анамнеза) лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе использования клинико-психолого-педагогических классификаций нарушений развития;
- составлению заключения и разработке рекомендаций на основе результатов проведенной диагностики.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-1:

Перечень вопросов для экзамена

1. Классификации психического дизонтогенеза: психологические (Г.Е. Смирновой, Л. Каннера), клиническая – типы психического дизонтогенеза (по В.В. Ковалеву), клинико-патопсихологическая (по В.В. Лебединскому). Соотношение вариантов психического дизонтогенеза по В.В. Ковалеву и В.В. Лебединскому.
2. Дизонтогенез: понятие дизонтогенеза, соотношение понятий «дизонтогенез» и «дизонтогенез». Этиология психического дизонтогенеза (биологические и социальные факторы).
3. Патопсихологические параметры психического онтогенеза, определяющие его характер (по В.В. Лебединскому).
4. Психический дизонтогенез по В.В. Лебединскому: характеристика вариантов.
5. Задержка психического развития (ЗПР): понятие, этиология и патогенез, классификация ЗПР по К.С. Лебединской (1982).
6. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и задержки психического развития.
7. Формы деменции и их характеристика.
8. Направления неврологического обследования детей раннего возраста. Основные показатели нарушений.
9. Психолого-педагогическое обследование и диагностика ранних нарушений эмоционального развития.

Перечень вопросов для контрольной работы (для заочной формы обучения):

ВАРИАНТ 1

1. Диагностика корковых нарушений речи. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 2

1. Диагностика нарушений письменной речи. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 3

1. Диагностика нарушений чтения. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 4

1. Диагностика нарушений счёта. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 5

1. Диагностика нарушений праксиса. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 6

1. Диагностика нарушений гностических функций. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 7

1. Диагностика нарушений памяти. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 8

1. Диагностика нарушений мышления. Виды нарушений. Методики диагностики.

ВАРИАНТ 9

1. Профиль латеральной организации мозга (ПЛО) и методы его диагностики.

ВАРИАНТ 10

1. Основные методы диагностики речевых нарушений (общая характеристика и описание).

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Промежуточная аттестация проводится в форме экзамена и контрольной работы. Контрольная работа выполняется письменно и до проведения промежуточной аттестации, предоставляется на кафедру (возможным, является размещение контрольной работы в системе ЭОС университета). Экзамен проводится устно по экзаменационным билетам, в каждом экзаменационном билете предусмотрено по два теоретических вопроса.

Шкала оценивания контрольной работы

81-100 баллов: Содержание контрольной работы полностью соответствует варианту. Раскрыты все вопросы. Контрольная работа выполнена в указанные сроки и содержит не только текстовое оформление, но и иллюстративное. Оформление соответствует необходимым

требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов, указаны источники иллюстраций. Студент ориентируется в содержании контрольной работы, самостоятельно дает полные и развернутые ответы на вопросы по её материалам, делает необходимые выводы, устанавливает ключевые закономерности.

61-80 баллов: Содержание контрольной работы полностью соответствует варианту. Все вопросы раскрыты в общих чертах. Контрольная работа выполнена в указанные сроки. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов. Студент ориентируется в содержании контрольной работы, дает ответы на вопросы по её материалам, делает необходимые выводы, устанавливает ключевые закономерности.

41-60 баллов: Содержание контрольной работы полностью соответствует варианту. Все вопросы раскрыты в общих чертах. Контрольная работа выполнена в указанные сроки. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов. Студент ориентируется в содержании контрольной работы, дает ответы на вопросы по её материалам, с помощью наводящих вопросов делает выводы.

0-40 баллов: Содержание контрольной работы не соответствует варианту. Оформление не соответствует необходимым требованиям. Студент не может дать правильные ответы на вопросы по материалам контрольной работы и сделать необходимые выводы даже при условии оказания ему активной помощи.

Итоговая шкала оценивания контрольной работы

Количество баллов	Оценка по традиционной шкале
81-100	зачтено
61-80	зачтено
41-60	зачтено
0-40	не зачтено

Шкала оценивания экзамена

21-30 баллов: студент быстро и самостоятельно готовится к ответу; при ответе полностью раскрывает сущность поставленного вопроса; способен проиллюстрировать свой ответ конкретными примерами; демонстрирует понимание проблемы и высокий уровень ориентировки в ней; формулирует свой ответ самостоятельно, используя лист с письменным вариантом ответа лишь как опору, структурирующую ход рассуждения.

11-20 баллов: студент самостоятельно готовится к ответу; при ответе раскрывает основную сущность поставленного вопроса; демонстрирует понимание проблемы и достаточный уровень ориентировки в ней, при этом затрудняется в приведении конкретных примеров.

1-10 баллов: студент готовится к ответу, прибегая к некоторой помощи; при ответе не в полном объеме раскрывает сущность поставленного вопроса, однако, при этом, демонстрирует понимание проблемы.

0 баллов: студент испытывает выраженные затруднения при подготовке к ответу, пытается воспользоваться недопустимыми видами помощи; при ответе не раскрывает сущность поставленного вопроса; не ориентируется в рассматриваемой проблеме; оказываемая стимулирующая помощь и задаваемые уточняющие вопросы не способствуют более продуктивному ответу студента.

Итоговая шкала оценивания результатов освоения дисциплины

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Количество баллов	Оценка по традиционной шкале
81-100	отлично
61-80	хорошо
41-60	удовлетворительно
0-40	неудовлетворительно