

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Кемеровский государственный университет

*Социально-психологический институт*

---

Директор социально-психологического института



ПТВЕРЖДАЮ:

М. С. Яницкий

10 октября 2016 г.

**Рабочая программа дисциплины**

*Психология когнитивных расстройств*

---

*37.05.01 Клиническая психология*

*(шифр, название направления)*

---

Направленность (специализация) подготовки

*«Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»*

Уровень *специалитета*

Форма обучения

*очная*

*(очная, очно-заочная и др.)*

---

Кемерово  
2016

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 37.05.01 «Клиническая психология», направленность подготовки «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях». Программа утверждена Ученым советом социально-психологического института (протокол Ученого совета института № 1 от 10 октября 2016 г.).

## Содержание

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы	3
2. Место дисциплины в структуре ОПОП бакалавриата	4
3. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (по видам занятий) и на самостоятельную работу обучающихся	4
4. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов учебных занятий	5
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	9
6. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине	10
7. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины	24
8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), необходимых для освоения дисциплины	25
9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	25
10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости)	35
11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине	36
12. Иные сведения и (или) материалы	36

## 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения дисциплины обучающийся должен овладеть следующими знаниями, умениями и навыками:

Коды компетенций по ФГОСЗ	Результаты освоения ООП	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине
ПК-3	способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое исследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этическо-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик	<b>Знать</b> основные формы интеллектуальных расстройств согласно классификации МКБ-10 <b>Владеть</b> методами диагностики психических функций и интеллекта

## 2. Место дисциплины в структуре ОПОП специалитета

Дисциплина «Психология когнитивных расстройств» входит в вариативную часть общепрофессионального цикла подготовки специалистов «Клиническая психология» социально-психологического института Кемеровского Государственного университета и построена в соответствии с основной образовательной программой, с учетом требований Федерального государственного образовательного стандарта.

Содержание курса «Психология когнитивных расстройств» является логическим продолжением и углублением знаний, полученных в результате овладения дисциплинами: «Патопсихология», «Психиатрия», «Практиком по патопсихологической диагностике и экспертизе» и др.

Дисциплина изучается на 5 курсе в 9 семестре, заканчивается зачетом.

## 3. Объем дисциплины (модуля) в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (по видам занятий) и на самостоятельную работу обучающихся

Общая трудоемкость (объем) дисциплины (модуля) составляет 2 зачетных единиц (ЗЕ), 72 академических часа.

### 3.1. Объем дисциплины (модуля) по видам учебных занятий (в часах)

Объем дисциплины	Всего часов	
	для очной формы обучения	для заочной (очно-заочной) формы обучения
Общая трудоемкость дисциплины	72	
Контактная* работа обучающихся с преподавателем (по видам учебных занятий) (всего)	36	
Аудиторная работа (всего*):	36	
Лекции	18	
В т.ч. в активной и интерактивной форме занятия		
Семинары, практические занятия	18	
Внеаудиторная работа (всего*):	36	
В том числе- индивидуальная работа обучающихся с преподавателем:		
Самостоятельная работа обучающихся (всего)	36	
Творческая работа (эссе)	+	
Вид промежуточной аттестации обучающегося (экзамен)	-	

### 4. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов учебных занятий

#### 4.1. Разделы дисциплины (модуля) и трудоемкость по видам учебных занятий (в академических часах)

*для очной формы обучения*

№ п/п	Раздел Дисциплины	Общая трудоемкость (в часах)	Виды учебных занятий, включая самостоятельную работу обучающихся и трудоемкость (в часах)			Формы текущего контроля успеваемости
			аудиторные учебные занятия		Самостоятельная работа обучающихся	
			всего	лекции		
1.	Раздел 1. Введение в курс		6	6	6	Опрос, доклады.

№ п/п	Раздел Дисциплины	Общая трудоёмкость (часов)	Виды учебных занятий, включая самостоятельную работу обучающихся и трудоемкость (в часах)			Формы текущего контроля успеваемости
			аудиторные учебные занятия		Самостоятельная работа обучающихся	
			лекции	семинары, практические занятия		
2.	<b>Раздел 2.</b> Психопатологический синдромы нарушений интеллекта. Формы интеллектуальных нарушений в детском возрасте Формы интеллектуальных нарушений во взрослом и пожилом возрасте		12	12	30	Опрос, доклады, проведение учебного исследования уровня развития интеллекта, решение практических задач.
	Зачет					
	Всего по курсу	72	18	18	36	

#### 4.2 Содержание дисциплины , структурированное по темам (разделам)

№	Наименование раздела дисциплины	Содержание
1.	<b>Введение в курс</b>	Целью раздела является формирование представления о клинике интеллектуальных нарушений, знакомство с понятийным аппаратом дисциплины, классификацией болезней, приводящих к стойкому расстройству интеллектуальных функций у детей и взрослых.
<i>Содержание лекционного курса</i>		
1.1.	Тема. Предмет и задачи дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений», ее отношение к другим разделам медицинской науки и психологии.	Подходы к пониманию психической нормы и патологии, здоровья и болезни. Основоположники клинического направления изучения интеллектуальных нарушений: Е.Краепелн, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев, С.С.Мнухин, Д.Н.Исаев. Биологические (генетические, патоморфологические, нейрофизиологические, эндокринологические, антропологические) исследо-

№	Наименование раздела дисциплины	Содержание
		вания при интеллектуальных нарушений.
1.2	Тема. Понятие интеллекта, связь нарушений интеллекта с познавательными процессами.	Понятие интеллекта. Связь нарушений интеллекта с нарушениями восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций, воли. Методы исследования операций мышления (сравнение, обобщение, анализ, синтез, абстрагирование, конкретизация) и форм мышления (предметное, образное, абстрактное).
<i>Темы практических/семинарских занятий</i>		
1.1	Тема. Предмет и задачи дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений».	<p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Понятие «интеллект» по Р. Стернбергу, структура интеллекта.</li> <li>2. Понятие «интеллект» в отечественной психологии.</li> <li>3. Интегративные уровни корковой деятельности. Основные структурно-функциональные блоки, обеспечивающие интегративную деятельность головного мозга.</li> <li>4. Регуляция интеллектуальной деятельности.</li> <li>5. Понятие здоровья по определению ВОЗ. Критерии психического здоровья (по ВОЗ).</li> <li>6. Признак болезни, симптом, симптомокомплекс, синдром, синдромокинез, синдромотаксис.</li> <li>7. Определения нормы и патологии психической деятельности.</li> </ol>
1.2	Тема. Понятие интеллекта, связь нарушений интеллекта с познавательными процессами.	<p>Вопросы</p> <p>Предпосылки интеллекта:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психология восприятия.</li> <li>2. Психология внимания.</li> <li>3. Психология памяти.</li> <li>4. Связь интеллекта с эмоциональными и волевыми процессами.</li> </ol>
1.3	Тема. Исторические этапы в развитии учения об интеллектуальной недостаточности.	<p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные этапы развития учения об интеллектуальной недостаточности.</li> <li>2. Современные концепции развития учения об интеллектуальном нарушении.</li> </ol>
2.	<b>Психопатологический синдромы нарушений интеллекта</b>	Этиология и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности. Сопоставление клинико-биологических и социальных различий при разной степени умственной отсталости. Характеристика деменции по клинической картине: с преимуществен-

№	Наименование раздела дисциплины	Содержание
		ным нарушением интеллекта, с преимущественным нарушением эмоционально-личностной структуры, смешанная.
<i>Содержание лекционного курса</i>		
2.1	Тема. Этиология и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности.	Классификация этиологических факторов интеллектуальных расстройств: генетические, хромосомные, перинатальные (эндогенные и экзогенные), неонатальные и постнатальные факторы. Средовые влияния на развитие интеллекта.
2.2	Тема. Характеристика развития умственно отсталых по хронологическому возрасту, степени ретардации, уровню интеллектуального, речевого и социального функционирования.	Современное состояние учения об умственной отсталости. Клинико-психологические и социально-педагогические аспекты проблемы. Эпидемиология умственной отсталости. Распространенность умственной отсталости в разных странах. Преобладание умственной отсталости у представителей мужского пола. Возрастной аспект и критерии социальной адаптации.
2.3	Тема. Характеристика деменции по клинической картине: с преимущественным нарушением интеллекта, с преимущественным нарушением эмоционально-личностной структуры, смешанная.	Сочетание интеллектуального дефекта с психоорганическим синдромом (снижение умственной работоспособности, расстройство памяти, внимания, и поведения). Проявление деменции в раннем возрасте – утрата поздно приобретенных навыков (речь, навыки самообслуживания, опрятности). Характерные признаки деменции у детей: общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, не критичность, преобладание эйфорического настроения. Особенности деменции в школьном возрасте: нарушение умственной работоспособности, целенаправленности, снижение памяти, внимания. Распад сформированных школьных навыков, расстройство поведения. Состояния деменции с преимущественным нарушением интеллекта, с преимущественным нарушением эмоционально-личностной структуры, смешанная.
2.4	Тема. Клинические варианты деменции: органическая (тотальная и лакунарная), эпилептическая (концентрическая).	Этиопатогенез. Классификация деменции. Органическая, эпилептическая, шизофреническая деменция. Этиология деменции резидуально-органического генеза. Виды органической деменции по Г.Е. Сухаревой. Органическая деменция как клиническая модель поврежденного психического развития, клинико-психологическая структура дефекта. Наследственно-дегенеративные заболевания ЦНС. Инфекционное,



№	Наименование раздела дисциплины	Содержание
		травматическое поражение мозга в постнатальном периоде в возрасте старше 3-х лет. Последствия детской шизофрении. Интеллектуальное снижение при эпилепсии. Посттравматические деменции. Деменции как следствие инфекций головного мозга. Деменции позднего возраста: Болезнь Альцгеймера; Болезнь Пика; Болезнь Якоба; Деменция сосудистого генеза (дисциркуляторные энцефалопатии).
<i>Темы практических/семинарских занятий</i>		
2.1	Тема. Этиология и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности.	<p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Классификация этиологических факторов интеллектуальных расстройств.</li> <li>2. Значение эндогенных причин в развитии интеллектуальной недостаточности.</li> <li>3. Значение экзогенных причин в развитии интеллектуальной недостаточности.</li> <li>4. Клинико-психологические и социально-педагогические аспекты проблемы.</li> <li>5. Эпидемиология интеллектуальной недостаточности.</li> </ol>
2.2	Тема. Клинические формы интеллектуальных нарушений.	<p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдромы, обусловленные хромосомными aberrациями.</li> <li>2. Наследственные формы интеллектуальных нарушений.</li> <li>3. Смешанные по этиологии формы интеллектуальных нарушений.</li> <li>4. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений (формы, связанные с внутриутробными поражениями; формы, связанные с перинатальной патологией).</li> <li>5. Микроцефалии, гидроцефалии.</li> <li>6. Формы интеллектуальных нарушений, обусловленные ранними постнатальными экзогенно-органическими поражениями головного мозга.</li> </ol>
2.3	Тема. Клинические варианты деменции.	<p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение деменции.</li> <li>2. Причины деменции.</li> <li>3. Этиопатогенез.</li> <li>4. Классификация деменции.</li> <li>5. Органическая деменция как клиническая модель поврежденного психического развития, клинико-психологическая структура дефекта.</li> </ol>

№	Наименование раздела дисциплины	Содержание
		6. Последствия детской шизофрении. 7. Интеллектуальное снижение при эпилепсии. 8. Посттравматические деменции. 9. Деменции как следствие инфекций головного мозга. 10. Деменции позднего возраста: Болезнь Альцгеймера; Болезнь Пика; Болезнь Якоба; Деменция сосудистого генеза (дисциркуляторные энцефалопатии).
2.4	Тема. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)	Вопросы 1. Определение ЗПР. 2. Классификации ЗПР. 3. Характеристика видов ЗПР (конституционного генеза, соматического, церебрально-органического генеза, психогенной ЗПР). 4. Диагностика ЗПР и дифференциация от сходных с ней состояний.
2.5	Тема. Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития ребенка с ограниченными возможностями	1. Значение имеет трудовой реабилитации детей с ограниченными возможностями. 2. Значение социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. 3. Медико - психолого - педагогическая консультация детей с ограниченными возможностями.

## 5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Помимо рекомендованной основной и дополнительной литературы, в процессе самостоятельной работы студенты могут пользоваться следующими методическими материалами:

1. Учебное пособие «Введение в изучение психологии умственно отсталого ребенка» / М.Л. Симкина, Е.М. Симкина; ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет». – Кемерово, 2009. – 248 с.

2. Учебное пособие «Основы патопсихологии» / Е.В. Аршинова, Е.В. Янко; ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет». – Кемерово, 2014. – с. 192.

Методические материалы в виде электронных ресурсов находятся в открытом доступе в методическом кабинете социально-психологического института ауд. 8202.

## 6. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

(Перечень компетенций с указанием этапов их формирования; описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания; типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы; методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций)

### 6.1 Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине (модулю)

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	наименование оценочного средства
1.	<b>Раздел 1. Введение в курс</b>	<b>ПК-3</b> способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое исследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этическо-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик	
		<b>Знать</b> основные формы интеллектуальных расстройств согласно классификации МКБ-10	Зачет, доклады, практические задания
2.	<b>Раздел 2. Психопатологический синдромы нарушений интеллекта</b>	<b>ПК-3</b> способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое исследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этическо-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик	
		<b>Знать</b> основные формы интеллектуальных расстройств согласно классификации МКБ-10	Зачет, доклады, практические задания
		<b>Владеть</b> методами диагностики психических функций и интеллекта	доклады, практические задания

## **6.2 Типовые контрольные задания или иные материалы**

### 6.2.1. зачет

Типовые вопросы.

1. Классификация этиологических факторов интеллектуальных расстройств.
2. Понятие здоровья по определению ВОЗ. Критерии психического здоровья (по ВОЗ).
3. Степени психического здоровья по С. Б. Семичеву: идеальное здоровье, среднестатистическое здоровье, конституциональное здоровье, акцентуация, предболезнь.
4. Признак болезни, симптом, симптомокомплекс, синдром, синдромокинез, синдромотаксис.
5. Соотношение тяжести позитивных, негативных синдромов (по А. В. Снежневскому).
6. Патогенез и классификация умственной отсталости (М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева).
7. Определение и критерии умственной отсталости (В. В. Ковалев).
8. Значение эндогенных причин в развитии интеллектуальной недостаточности.
9. Значение экзогенных причин в развитии интеллектуальной недостаточности.
10. Эпидемиология интеллектуальной недостаточности.
11. Понятие «интеллект» в рамках отечественной психологии, структура интеллекта.
12. Интегративные уровни корковой деятельности. Основные структурно-функциональные блоки, обеспечивающие интегративную деятельность головного мозга.
13. Регуляция интеллектуальной деятельности.
14. Особенности развития познавательной и личностной сфер при олигофрении.
15. Синдромы, обусловленные хромосомными болезнями. Синдром Дауна.
16. Синдромы, обусловленные хромосомными болезнями. Синдром «кошачьего крика».
17. Синдромы, обусловленные хромосомными болезнями. Синдром Шерешевского-Тёрнера.
18. Синдромы, обусловленные хромосомными болезнями. Синдром трипло-Х (47, XXX), синдром Клайнфельтера, ХУУ синдром.

19. Наследственные формы интеллектуальных нарушений. Фенилкетонурия.
20. Наследственные формы интеллектуальных нарушений. Гаргоилизм. Синдром Марфана.
21. Наследственные формы интеллектуальных нарушений. Синдром Крузона, синдром Апера.
22. Смешанные по этиологии формы интеллектуальных нарушений. Краниостеноз.
23. Смешанные по этиологии формы интеллектуальных нарушений. Микроцефалия.
24. Интеллектуальные нарушения при гипотериозе. Кретинизм.
25. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Олигофрения при родовой асфиксии и механической родовой травмой.
26. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Формы, связанные с внутриутробными поражениями. Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом.
27. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Формы, связанные с внутриутробными поражениями. Рубеолярная олигофрения.
28. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Формы, связанные с внутриутробными поражениями. Олигофрения, связанная с листериозом.
29. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Формы, связанные с внутриутробными поражениями. Олигофрения, при врожденном сифилисе.
30. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Олигофрения при гемолитической болезни новорожденных.
31. Олигофрения при гидроцефалии.
32. Определение деменции. Классификация и этапы развития деменции.
33. Органическая деменция как клиническая модель поврежденного психического развития, клинико-психологическая структура дефекта.
34. Деменция. Последствия детской шизофрении.
35. Деменция. Интеллектуальное снижение при эпилепсии.
36. Посттравматические деменции.
37. Деменции как следствие инфекций головного мозга.
38. Деменции позднего возраста. Болезнь Альцгеймера.
39. Деменции позднего возраста. Болезнь Ниманна – Пика.
40. Деменции позднего возраста. Болезнь Крейтцфельдта – Якоба.
41. Деменции позднего возраста. Деменция сосудистого генеза (дисциркуляторные энцефалопатии).

42. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Дети с задержкой психического развития (этиология, патогенез).

43. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Характеристика видов ЗПР (конституционного генеза, соматического, церебрально-органического генеза, психогенной ЗПР).

44. Диагностика ЗПР и дифференциация от сходных с ней состояний.

Критерии и шкала оценивания.

Устный ответ на экзамене позволяет оценить степень форсированности знаний по различным компетенциям. Ответ оценивается по 4 балльной системе.

Отметка «3» ставится, если:

- знания отличаются глубиной и содержательностью, дается полный исчерпывающий ответ, как на основные вопросы билета, так и на дополнительные;
- студент свободно владеет научной терминологией;
- ответ студента структурирован, содержит анализ существующих теорий, научных школ, направлений и их авторов по вопросу билета;
- логично и доказательно раскрывает проблему, предложенную в билете;
- ответ характеризуется глубиной, полнотой и не содержит фактических ошибок;
- ответ иллюстрируется примерами в том числе из собственной практики;
- студент демонстрирует умение аргументировано вести диалог и научную дискуссию.

Отметка «2» ставится, если:

- знания имеют достаточный содержательный уровень, однако отличаются слабой структурированностью; содержание билета раскрывается, но имеются неточности при ответе на дополнительные вопросы
- имеющиеся в ответе несущественные фактические ошибки, студент способен исправить самостоятельно, благодаря наводящему вопросу;
- недостаточно раскрыта проблема по одному из вопросов билета;
- недостаточно логично изложен вопрос;
- студент не может назвать авторов той или иной теории по вопросу билета;
- ответ прозвучал недостаточно уверенно;
- студент не смог продемонстрировать способность к интеграции теоретических знаний и практики.

Отметка «1» ставится, если:

- содержание билета раскрыто слабо, знания имеют фрагментарный

характер, отличаются поверхностностью и малой содержательностью, имеются неточности при ответе на основные вопросы билета;

- программные материалы в основном излагаются, но допущены фактические ошибки;
- студент не может обосновать закономерности и принципы, объяснить факты;
- студент не может привести пример для иллюстрации теоретического положения;
- у студента отсутствует понимание излагаемого материала, материал слабо структурирован;
- у студента отсутствуют представления о межпредметных связях.

Отметка «0» ставится, если:

- обнаружено незнание или непонимание студентом существенной части социальной психологии;
- содержание вопросов билета не раскрыто, допускаются существенные фактические ошибки, которые студент не может исправить самостоятельно;
- на большую часть дополнительных вопросов по содержанию экзамена студент затрудняется дать ответ или не дает верных ответов.

### 6.2.2. Доклад

#### Критерии оценивания

Информация в докладе должна быть подобрана и изложена таким образом, что бы студент мог продемонстрировать (а преподаватель оценить) *умение* определять диагностические и прогностические показатели физического и психофизического развития лиц с нарушением интеллекта; осуществлять консультативную и просветительскую деятельность по вопросам толерантного отношения к лицам с нарушением интеллекта.

Оценка за доклад складывается из оценки преподавателя и оценки аудитории (групповой оценки). На первом занятии студенты формулируют критерии оценки докладов. После каждого выступления несколько человек на основании этих критериев делают качественную оценку доклада. Далее преподаватель, исходя из собственной оценки и оценки слушателей, ставит итоговую отметку.

Примерные критерии оценивания:

- содержание (степень соответствия теме, полнота изложения, наличие анализа, использование нескольких источников и т.д.);
- качество изложения материала (понятность, качество речи, взаимодействие с аудиторией и т.д.);
- наглядность (использование технических средств, материалов сети Интернет)

Выполнение доклада оценивается по системе «зачтено/незачтено».

Отметка «незачтено» ставится если:

- выбранная тема раскрыта поверхностно, большая часть предлагаемых элементов плана доклада отсутствует;
- качество изложения низкое;
- наглядные материалы отсутствуют.

*Доклады по темам практических занятий*

### **Тема 1. Предмет и задачи дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений»**

1. Теоретические подходы к определению интеллекта:

Факторные модели интеллекта (Л. Терстоун, Т. Келли, Д. Векслер, Р. Кэттел).

Современные психометрические модели интеллекта (модель интеллекта Г. Айзенка, модель интеллектуального диапазона В.Н. Дружинина).

Функционально-уровневые модели интеллекта (Б.Г. Ананьева, Б.Н. Величковского, Е.И. Степанова, Л.М. Веккер, Б.М. Величковский).

Социокультурное влияние на познавательные возможности человека (Дж. Брунер, Л. Леви-Брюль, К. Леви-Сброе, А.Р. Лурия).

Интеллект с точки зрения деятельностного подхода. Исследования интеллекта в контексте теории мышления как процесса (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, Л.А. Венгер). Интеллект как умственная способность. Соотношение понятий «интеллект» и «способности» в отечественной психологии.

Интеллектуальное развитие в рамках культурно-исторической теории формирования ВПФ. (Л.С. Выготский).

Операциональная теория интеллекта (концепция интеллектуального развития ребенка Ж. Пиаже).

2. Проблема соотношения обучения и развития в современных моделях интеллекта. Интеллект как продукт и как предпосылка обучения. Концепция обучаемости З.И. Калмыковой. Интеллект, обучаемость, уровень умственного развития в работах К.М. Гуревич, Н.С. Литвак, Н.К. Акимовой.

3. Подходы к пониманию психической нормы и патологии, здоровья и болезни (Б.С. Братусь).

### **Тема 2. Исторические этапы в развитии учения об интеллектуальной недостаточности**

1. Исторический экскурс. Система DSM-4. Система МКБ-10. Основные клинические формы интеллектуальных нарушений (МКБ-10).

2. Основные этапы. Зарождение учения о слабоумии.



3. Становление детской психиатрии на западе. Значение работ Ф. Пинелля, Ж. Эскироля, И. Вуазена, Э. Сеген, Д. Бурневиля, Э. Крепелина.
4. Учение о слабоумии в Дореволюционной России (И.Л. Мержиевский, П.П. Малиновский, В.Л. Кащенко, С.С. Корсаков).
5. Учение об олигофрении в Советский период (М.С. Певзнер, Е.П. Осипова).
6. Г.И. Россолимо – основоположник отечественной дефектологии.
7. Современные концепции развития учения об интеллектуальном нарушении В.В. Ковалев, Г.Е. Сухарева.

### **Тема 3. Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития ребенка с ограниченными возможностями**

1. Медицинская работа во вспомогательных школах и детских домах для детей с ограниченными возможностями.
2. Медико–психолого-педагогическое консультирование детей с ограниченными возможностями.
3. Интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе.
4. Значение реабилитации и социально- трудовой адаптации лиц с ограниченными возможностями.

### **Тема 4. Этиология и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности**

1. Классификация этиологических факторов интеллектуальных расстройств.
2. Клинико-психологические и социально-педагогические аспекты проблемы интеллектуальной недостаточности.
3. Эпидемиология интеллектуальной недостаточности.

### **Тема 5. Клинические формы интеллектуальных нарушений**

1. Синдромы, обусловленные хромосомными болезнями. Обусловленные аномалиями аутосом: Синдром Дауна. Синдром «кошачьего крика». При аномалии половых хромосом: Синдром Шерешёвского-Тёрнера. Синдром трипло-Х(47, XXX), синдром Клайнфельтера, ХУУ синдром.
2. Наследственные формы интеллектуальных нарушений. Метаболические олигофрении: Фенилкетонурия. Гаргоилизм. Синдром Марфана, Синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля. Дизостозические формы: Синдром Крузона, синдром Апера.

3. Смешанные по этиологии формы интеллектуальных нарушений. Краниостеноз. Микроцефалия. Интеллектуальные нарушения при гипотериозе: Кретинизм.

4. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Формы, связанные с внутриутробными поражениями: Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом. Рубеолярная олигофрения. Олигофрения, связанная с листериозом. Олигофрения, при врожденном сифилисе. Формы олигофрении, связанные с перинатальной патологией: Олигофрения при гемолитической болезни новорожденных. Олигофрения при родовой асфиксии и механической родовой травмой. Олигофрении, обусловленные ранним постнатальным экзогенно-органическими поражениями мозга (инфекции, аллергии, травмы). Олигофрения при гидроцефалии.

#### **Тема 6. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)**

1. Неуспеваемость и пограничная умственная отсталость.
2. Связь ЗПР с минимальной мозговой дисфункцией (ММД).
3. Роль Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер в развитии учений о пограничной умственной отсталости.
4. Трактовка ЗПР зарубежными авторами.
5. Классификация ЗПР (Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер, К.С. Лебединской).
6. Дисгармоническое развитие и психофизический инфантилизм.
7. Причина церебральной формы ЗПР.
8. Причина соматической формы ЗПР.
9. ЗПР, обусловленная педагогической запущенностью.
10. Дифференциальная диагностика между ЗПР органического происхождения и легкой степенью умственной отсталости.
11. ЗПР и общее недоразвитие речи.
12. ЗПР и нарушение речи.

#### **Тема 7. Клинические формы деменции**

1. Общая характеристика деменции.
2. Классификация дементных нарушений.
3. Нейрофизиологические основы распада психических процессов.
4. Причина деменций у детей.
5. Особенности течения деменций у детей.
6. Особенности распада психических процессов у детей дошкольного, младшего и старшего школьного возраста.
7. Распад психических процессов в зрелом возрасте. Болезнь

Альцгеймера. Болезнь Ниманна – Пика. Болезнь Крейтцфельдта – Якоба. Деменция сосудистого генеза (дисциркуляторные энцефалопатии).

8. Деменция, обусловленная шизофренией и эпилепсией.

9. Амавротическое слабоумие. Классификация, патогенез, течение (Болезнь Тея-Сакса).

10. Синдром слабоумия при тубероидом склерозе (Болезнь Бурневилля).

11. Посттравматические деменции. Деменции как следствие инфекций головного мозга.

### 6.2.3. Практические задания

#### Критерии оценивания

Практические задания подобраны и изложены таким образом, что студент может продемонстрировать (а преподаватель оценить) *владение* – приемами и методами психолого-педагогического обследования лиц с ОВЗ на основе учета принципа онтогенетического развития, а так же навыками оценки психофизического статуса ребенка нарушением интеллектуального развития.

Выполнение практического задания оценивается по системе «зачтено/незачтено».

Отметка «незачтено» ставится если:

– Студент не может раскрыть основные понятия дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений»; не может привести примеры для дифференциации предложенных терминов; не умеет квалифицировать интеллектуальные нарушения из предложенных примеров; не владеет приемами и методами психолого-педагогического обследования лиц с ОВЗ.

#### **Практическое задание 1.**

1. Написать типологию дизонтогенеза по В.В. Лебединскому.

2. С помощью справочной литературы раскрыть содержание терминов: асинхрония развития, акселерация, децелерация, гетерохрония, ретардация, церебральная альтерация, недоразвитие, нарушение развития. Привести примеры для дифференциации этих терминов.

3. Объяснить, как вы понимаете высказывание Л.С. Выготского о том, что структура аномального развития сложна, что наличие дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального дефекта не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает целостная картина своеобразного развития.

#### **Практическое задание 2.**

1. Дать определение понятиям: психофизический инфантилизм, гармонический психофизический инфантилизм, гармонический психический инфанти-

лизм, церебрастенический синдром, астенический синдром, децелерация, церебральная альтерация, ретардация (задание выполняется письменно).

2. Составить прогноз интеллектуального развития детей с ЗПР, относящихся к разным типам.

### **Практическое задание 3:**

**Задание 1. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта:**

Лена Л., ученица 3-го класса массовой школы, была направлена на консультацию с жалобами на большие затруднения в обучении. Со слов матери, беременность этой девочкой протекала при плохом самочувствии, с наличием токсемии и резко повышенного кровяного давления. Роды затяжные, с выдавливанием плода. Раннее развитие ребенка шло с задержкой ходьбы и речи. В дошкольном возрасте родные отметили, что девочка заметно отстает в развитии по сравнению с другими детьми. Она не проявляла никакой любознательности, не задавала вопросов, не запоминала стихов, не интересовалась книгами, в игре была мало инициативна и зачастую не понимала игровой ситуации. Отставание в развитии особенно резко проявилось, когда девочка в возрасте 7 лет пошла в школу. С первых дней обучения выяснилось, что Лена не может усвоить самые элементарные школьные навыки: не могла запомнить ни одной буквы не могла овладеть порядковым счетом в пределах 5. При этом в поведении девочки никаких отклонений не наблюдалось. В связи с ее полной неуспеваемостью матери предложили временно взять Лену из школы. Через год она вновь поступила в 1-й класс массовой школы, но и на этот раз у нее выявились затруднения при обучении. И хотя в течение этого года девочка дополнительно занималась с педагогом, а уроки ей помогала готовить мать, она была переведена во 2-й класс без достаточных знаний и навыков. Во 2-м классе девочка механически заучила некоторые приемы счета, таблицу умножения, но очень плохо справлялась с решением арифметических задач. В 3-м классе Лена, даже при большой помощи, которая ей оказывалась, справиться со школьными требованиями не могла.

**Задание 2. Квалифицировать нарушение интеллектуальной деятельности по клинической иллюстрации:**

Больной С. 16 лет. В раннем детстве развивался без отклонений: ходить начал до года, первые слова стал произносить в год, фразы - около 2 лет. К окружающим относился дифференцированно, интересовался игрушками, картинками. Когда мальчику было 3 года, он перенес тяжелую травму головы - упал с высоты 2 м, ударившись теменем об асфальт. Около 3 часов не приходил в сознание. На следующий день после травмы обнаружены косоглазие и усиленное слюнотечение. Перестал ходить. Речь стала невнятной. Утратил начальные навыки самообслуживания, ел с посторонней помощью. Временами отмечалось недержание ка-

ла и мочи. Не ходил самостоятельно до 6 лет. Очень медленно развивались навыки самообслуживания, в возрасте 9 лет с трудом мог одеться сам. Игра долго была однообразной, подражательной, не проявлял интереса к чтению рассказов и сказок.

**Задание 3. Проанализировать приведенный ниже клинический пример**

Мальчик В., 10 лет. Ребенок от второй беременности, к-рая протекала нормально. В раннем возрасте развивался нормально. В 7 лет заболел корью в тяжелой форме, сопровождавшейся нарушениями сознания, судорогами, рвотой, явлениями общего психомоторного возбуждения, выраженными менингеальными симптомами. Вскоре после выписки из больницы родители заметили ряд изменений состояния мальчика: появились беспокойный сон, сильная истощаемость, головные боли. Мальчик стал раздражительным, драчливым, непослушным. В школу пошел в 8 лет, интереса к занятиям не проявил, учебные навыки не приобрел. Резко ухудшилась память, не понимал сказок, рассказов, смысл которых ему был доступен до болезни. Школьную программу не усваивал. Ориентировка в окружающем недостаточна, но запас представлений выше, чем у олигофренов.

**Задание 4. Квалифицировать описанное ниже слабоумие**

Мальчик К., 12 лет. Учится в 3-м классе школы 8-го вида. Ребенок от первой беременности, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная задержка в развитии. Первые слова стал говорить к трем годам. Всегда был двигательно беспокоен, криклив, плаксив. С детьми играть не умел. Обижал младших, отнимал у них игрушки. Импульсивен, груб, развязен. Учиться начал с 7 лет. За год обучения не овладел грамотой, другими школьными навыками. За время уроков ни минуты ни оставался спокоен, играл с разными предметами, гримасничал, расхаживал по классу, задевал соседей, выкрикивал. На перемене становился крайне расторможенным. Психологическое исследование выявило крайне ограниченный запас сведений. Знал всего лишь несколько букв, понятие о числе отсутствовало, часто соскальзывал с задания, легко отвлекался, реактивно реагировал на случайные раздражители....

**Задание 5. Дать рекомендации родителям**

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

### **Задание 6. Обобщить результаты наблюдений**

Мальчик А. , 7 лет 6 мес. Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 мес. ), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ( диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи.

В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность, многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении.

С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.

### **Задание 7. Определить, чем обусловлены проблемы в обучении ребенка**

Сереза Д. 9 лет, ученик 2-го класса, был труден в обучении и поведении, не успевал по всем предметам, не включался в школьную жизнь , не ладил с детьми, был двигательно беспокоен, много и несвязно говорил, иногда на одну и ту же тему.

В анамнезе отмечалось, что ряд родственников по линии отца были людьми нервными, раздражительными с большими странностями в характере.

Сереза родился от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений. До 6 лет психическое и физическое развитие протекало нормально. С 6 лет мальчик стал постепенно меняться. У него появилось двигательное беспокойство, повышенная раздражительность, речевое возбуждение. К 7 годам странности в поведении увеличились. Он не мог сосредоточиться на каком-либо занятии, быстро переходил от одного дела к другому. Когда ему читали рассказ, он нередко перебивал чтение фразой, не имеющей к рассказу никакого отношения. В школу Сереза пошел 8 лет, в обучении был непродуктивен.

При обследовании было установлено, что физическое развитие мальчика

соответствует возрасту; со стороны нервной системы отклонений нет. Установить с ним контакт почти невозможно в силу расстройства внимания. При обследовании выявилась «разорванность» мышления. В его речь неожиданно вплетаются непонятные и не связанные между собой фразы: «Он далеко, если не сможет позвонить. Все равно я поеду. У меня Петькин ножик. Надо прыщик содрать....»

Сережа неэмоционален, часто стоит один и гримасничает.

#### ***6.4 Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций***

Все задания, используемые для контроля компетенций условно можно разделить на две группы:

- 1) задания, которые в силу своих особенностей могут быть реализованы только в процессе обучения (доклад).
- 2) задания, которые дополняют теоретические вопросы экзамена (практические задания).

Выполнение заданий первого типа является необходимым для формирования и контроля ряда умений и навыков. Поэтому, в случае невыполнения заданий в процессе обучения, их необходимо «отработать» до экзамена. Вид заданий, которые необходимо выполнить для ликвидации «задолженности» определяется в индивидуальном порядке, с учетом причин невыполнения.

В случае невыполнения доклада, студенту необходимо принести письменный текст сообщения на экзамен. В таком случае в ходе экзамена ему могут быть заданы вопросы по теме доклада.

Отметка из задания второго типа является составной частью экзаменационной отметки. Таким образом, экзаменационные испытания включают в себя: теоретический вопрос (для контроля знаний) и практическое задание (для контроля умений и навыков).

Процедура экзамена. Экзамен проводится по билетам. Каждый билет содержит 2 теоретические вопросы и одно практическое задание. На подготовку дается 30 минут.

Процедура оценивания. Оценки за теоретические вопросы и практическое задание суммируются. Если итоговый балл равен 0-2, студент получает отметку «неудовлетворительно» и имеет право пересдать экзамен в установленном порядке. Отметка «удовлетворительно» ставится при сумме баллов 3-4. Отметка «хорошо» соответствует 5-6 баллам. При сумме баллов, равной 7-8 ставится отметка «отлично».

## **7. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины**

### *а) основная учебная литература:*

1. Гольдфельд И. Л. Клинико-психологические основы интеллектуальных нарушений у детей. Учебное пособие. - Петрозаводск: Изд-во КГПУ, 2007. - 240 с. <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=214578>
2. Коняева Н.П., Никандрова Т.С.. Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития - "Владос", 2010. [http://e.lanbook.com/books/element.php?p11\\_id=2976](http://e.lanbook.com/books/element.php?p11_id=2976)
3. Орлова, Елена Александровна. Патопсихология. Теория и практика [Текст] : учебник для академического бакалавриата / Е. А. Орлова, Р. В. Козьяков, Н. В. Рышлякова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2014. - 378 с.
4. Поливарова З.В. Введение в специальную психологию. - М.: "Издательство "ФЛИНТА", 2013. - 272 с. [http://e.lanbook.com/books/element.php?p11\\_id=44270](http://e.lanbook.com/books/element.php?p11_id=44270)
5. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья [Текст]: учебник / [И. Ю. Левченко [и др.]] ; под ред. И. Ю. Левченко [и др.]. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : Академия , 2011. - 335 с.
6. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья [Текст] : учебник / [И. Ю. Левченко [и др.]] ; под ред. И. Ю. Левченко [и др.]. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : Академия , 2011. - 335 с.
7. Пузанов Б.П. Обучение и воспитание детей с интеллектуальными нарушениями - "Владос", 2011. [http://e.lanbook.com/books/element.php?p11\\_id=2991](http://e.lanbook.com/books/element.php?p11_id=2991)

### *б) дополнительная учебная литература:*

1. Психология детей с нарушениями интеллектуального развития [Текст] : учебник / [Л. М. Шипицына и др.]; под ред. Л. М. Шипицыной. - М. : Академия , 2012. - 224 с.
2. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) [Текст] : учеб. пособие / [Б. П. Пузанов и др.] ; под ред. Б. П. Пузанова. - 4-е изд., стер. - М. : Академия, 2008. - 269 с.
3. Специальная педагогика. В 3 т. [Текст] : учеб. пособие. Т. 3. Педагогические системы специального образования / [Н. М. Назарова [и др.]]; под ред. Н. М. Назаровой. - М. : Академия, 2008. - 398 с.

## **8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), необходимых для освоения дисциплины**

1. Сборник электронных курсов по психологии: <http://www.ido.edu.ru/psychology>.
2. Электронная библиотека портала Auditorium.ru: <http://www.auditorium.ru>.
3. Российская государственная библиотека <http://www.rsl.ru/>
4. Научная библиотека МГУ <http://www.lib.msu.ru>
5. Электронная библиотека по психологии <http://bookap.by.ru>



## **9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)**

### **9.1. Общие рекомендации по самостоятельной работе студентов**

Самостоятельная работа студентов по дисциплине предполагает более глубокую проработку ими отдельных тем курса, определенных программой. Основными видами и формами самостоятельной работы студентов по данной дисциплине являются:

- подготовка сообщений и докладов к практическим занятиям;
- выполнение практических заданий;
- самоподготовка по вопросам;
- подготовка к экзамену.

Важной частью самостоятельной работы является чтение учебной литературы. Основная функция учебников - ориентировать студента в системе тех знаний, умений и навыков, которые должны быть усвоены по данной дисциплине будущими специалистами. Учебник также служит путеводителем по многочисленным произведениям, ориентируя в именах авторов, специализирующихся на определённых научных направлениях, в названиях их основных трудов. Вторая функция учебника в том, что он очерчивает некий круг обязательных знаний по предмету, не претендуя на глубокое их раскрытие.

Чтение рекомендованной литературы – это та главная часть системы самостоятельной учебы студента, которая обеспечивает подлинное усвоение науки. Читать эту литературу нужно по принципу: «идея, теория, метод в одной, в другой и т.д. книгах». Во всех случаях рекомендуется рассмотрение теоретических вопросов не менее чем по трем источникам. Изучение проблемы по разным источникам – залог глубокого усвоения науки. Именно этот блок, наряду с выполнением практических заданий является ведущим в структуре самостоятельной работы студентов. В процессе самостоятельной работы студент может пользоваться электронным материалом по курсу «Клиника интеллектуальных нарушений», находящимся в методическом кабинете СПФ ауд. 8604, лаборатории психосоциальных технологий ауд. 8302 на кафедре социальной психологии и психосоциальных технологий ауд. 8503.

В процессе изучения данной дисциплины учитывается посещаемость лекций, оценивается активность студентов на практических занятиях, а также качество и своевременность подготовки теоретических материалов, творческих заданий и презентаций рефератов. По окончании изучения дисциплины проводится экзамен по предложенным билетам.

Вопросы, выносимые на экзамен, служат постоянными ориентирами при организации самостоятельной работы студента. Таким образом, усвоение учеб-

ного предмета в процессе самостоятельного изучения учебной и научной литературы является и подготовкой к экзамену, а сам экзамен становится формой проверки качества всего процесса самостоятельной учебной деятельности студента.

Студент, показавший высокий уровень владения знаниями, умениями и навыками по предложенному вопросу, считается успешно освоившим учебный курс. В случае большого количества затруднений при раскрытии предложенного на экзамене билета студенту предлагается повторная подготовка и экзамен.

Для успешного овладения курсом необходимо выполнять следующие требования:

1) посещать все занятия, т.к. весь тематический материал взаимосвязан между собой и теоретического овладения пропущенного недостаточно для качественного усвоения;

2) все рассматриваемые на практических занятиях вопросы обязательно фиксировать в отдельную тетрадь и сохранять её до окончания обучения в вузе;

3) обязательно выполнять все домашние задания;

4) проявлять активность на занятиях и при подготовке, т.к. конечный результат овладения содержанием дисциплины необходим, в первую очередь, самому студенту;

5) в случаях пропуска занятий, по каким-либо причинам, обязательно «отрабатывать» пропущенное занятие преподавателю во время индивидуальных консультаций.

## **9.2 Методические рекомендации по освоению лекционного материала, подготовке к лекциям**

На лекциях преподаватель рассматривает вопросы программы курса, составленной в соответствии с государственным образовательным стандартом. Из-за недостаточного количества аудиторных часов некоторые темы не удастся осветить в полном объеме, поэтому преподаватель, по своему усмотрению, некоторые вопросы выносит на самостоятельную работу студентов, рекомендуя ту или иную литературу.

Кроме этого, для лучшего освоения материала и систематизации знаний по дисциплине, необходимо постоянно разбирать материалы лекций по конспектам и учебным пособиям. Во время самостоятельной проработки лекционного материала особое внимание следует уделять возникшим вопросам, непонятным терминам, спорным точкам зрения. Все такие моменты следует выделить или выписать отдельно для дальнейшего обсуждения на практическом занятии. В случае необходимости обращаться к преподавателю за консультацией. Полный список литературы по дисциплине приведен в рабочей программе курса.

В целом, на один час аудиторных занятий отводится один час самостоятель-

ной работы.

### 9.3. Методические рекомендации по подготовке к практическим занятиям

Основной целью данного предмета является расширение научного кругозора и формирование практических навыков необходимых специалисту дефектологу, работающему в области детской дефектологии. Отсюда следует, что при подготовке студентов к практическим занятиям по курсу нужно не только знакомить студентов с новейшими теориями и методами в психологии, патопсихологии и дефектологии, но и стремиться отрабатывать на практике полученные навыки. Подготовка студентов должна быть ориентирована на глубокое освоение методологии медицинской психологии; формирование навыков практической работы дефектолога в целом и организации психологического исследования; формирование умения анализировать возникшую проблему, ставить на её основе исследовательские задачи и подбирать адекватный инструментарий для их решения; формирование стремления к постоянному самосовершенствованию, расширению палитры своего методического инструментария.

Практическое занятие – это активная форма учебного процесса в вузе, направленная на умение студентов переработать учебный текст, обобщить материал, развить критичность мышления, отработать практические навыки. В рамках курса «Клиника интеллектуальных нарушений» применяются следующие виды занятий: семинар-конференция (студенты выступают с докладами, которые тут же и обсуждаются), семинар-дискуссия (научная дискуссия, основанная на поиске материала), обсуждение отдельных вопросов на основе обобщения материала, развернутая беседа в виде плана (при освоении трудного материала), практическая отработка конкретных методов исследования, обсуждение результатов проведенных исследований, опытов, экспериментов, оформление текстового материала в виде эссе, таблиц и схем.

Практические занятия предназначены для усвоения материала через систему основных понятий психологических, медицинских наук. Они включают обсуждение отдельных вопросов, разбор трудных понятий и их сравнение в разных научных школах, решение различных клинических задач. Успешная организация времени по усвоению данной дисциплины во многом зависит от наличия у студента умения самоорганизовать себя и своё время для выполнения предложенных домашних заданий. Объём заданий рассчитан максимально на 1-2 часа в неделю. При этом *алгоритм подготовки будет следующим:*

1 этап – поиск в литературе теоретической информации на предложенные преподавателем вопросы;

2 этап – осмысление полученной информации, освоение терминов и понятий;

3 этап – составление плана ответа на каждый вопрос (конспект по теорети-

ческим вопросам к практическому занятию, не менее трех источников по каждому вопросу в конспекте должна быть ссылка на источник);

Подготовка сообщений и докладов к практическим занятиям.

Доклад является формой работы, при которой студент самостоятельно готовит сообщение на заданную тему и далее на семинарском занятии выступает с этим сообщением. Доклад является элементом промежуточной аттестации и оценивается. В течение семестра каждый студент должен сделать как минимум один доклад. Если студент за время теоретического обучения не делает доклад, ему необходимо принести письменный текст сообщения на экзамен. В таком случае в ходе экзамена ему могут быть заданы вопросы по теме доклада.

## **Тема 1. Предмет и задачи дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений»**

1. Теоретические подходы к определению интеллекта:

Факторные модели интеллекта (Л. Терстоун, Т. Келли, Д. Векслер, Р. Кэттелл).

Современные психометрические модели интеллекта (модель интеллекта Г. Айзенка, модель интеллектуального диапазона В.Н. Дружинина).

Функционально-уровневые модели интеллекта (Б.Г. Ананьева, Б.Н. Величковского, Е.И. Степанова, Л.М. Веккер, Б.М. Величковский).

Социокультурное влияние на познавательные возможности человека (Дж. Брунер, Л. Леви-Брюль, К. Леви-Сброе, А.Р. Лурия).

Интеллект с точки зрения деятельностного подхода. Исследования интеллекта в контексте теории мышления как процесса (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, Л.А. Венгер). Интеллект как умственная способность. Соотношение понятий «интеллект» и «способности» в отечественной психологии.

Интеллектуальное развитие в рамках культурно-исторической теории формирования ВПФ. (Л.С. Выготский).

Операциональная теория интеллекта (концепция интеллектуального развития ребенка Ж. Пиаже).

2. Проблема соотношения обучения и развития в современных моделях интеллекта. Интеллект как продукт и как предпосылка обучения. Концепция обучаемости З.И. Калмыковой. Интеллект, обучаемость, уровень умственного развития в работах К.М. Гуревич, Н.С. Литвак, Н.К. Акимовой.

3. Подходы к пониманию психической нормы и патологии, здоровья и болезни (Б.С. Братусь).

## **Тема 2. Исторические этапы в развитии учения об интеллектуальной недостаточности**

8. Исторический экскурс. Система DSM-4. Система МКБ-10. Основные клинические формы интеллектуальных нарушений (МКБ-10).
9. Основные этапы. Зарождение учения о слабоумии.
10. Становление детской психиатрии на западе. Значение работ Ф. Пинеля, Ж. Эскироля, И. Вуазена, Э. Сеген, Д. Бурневиля, Э. Крепелина.
11. Учение о слабоумии в Дореволюционной России (И.Л. Мержиевский, П.П. Малиновский, В.Л. Кащенко, С.С. Корсаков).
12. Учение об олигофрении в Советский период (М.С. Певзнер, Е.П. Осипова).
13. Г.И. Россолимо – основоположник отечественной дефектологии.
14. Современные концепции развития учения об интеллектуальном нарушении В.В. Ковалев, Г.Е. Сухарева.

### **Тема 3. Лечебные и педагогические мероприятия на всех этапах развития ребенка с ограниченными возможностями**

5. Медицинская работа во вспомогательных школах и детских домах для детей с ограниченными возможностями.
6. Медико–психолого-педагогическое консультирование детей с ограниченными возможностями.
7. Интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе.
8. Значение реабилитации и социально- трудовой адаптации лиц с ограниченными возможностями.

### **Тема 4. Этиология и патогенез различных форм интеллектуальной недостаточности**

4. Классификация этиологических факторов интеллектуальных расстройств.
5. Клинико-психологические и социально-педагогические аспекты проблемы интеллектуальной недостаточности.
6. Эпидемиология интеллектуальной недостаточности.

### **Тема 5. Клинические формы интеллектуальных нарушений**

4. Синдромы, обусловленные хромосомными болезнями. Синдром Дауна. Синдром «кошачьего крика». Синдром Шерешёвского-Тёрнера. Синдром трипло-Х (47, XXX), синдром Клайнфельтера, ХУУ синдром.
5. Наследственные формы интеллектуальных нарушений. Фенилкетонурия. Гаргоилизм. Синдром Марфана, синдром Крузона, синдром Апера.

6. Смешанные по этиологии формы интеллектуальных нарушений. Кранеостеноз. Микроцефалия.
7. Интеллектуальные нарушения при гипотериозе. Кретинизм.
8. Экзогенно обусловленные формы интеллектуальных нарушений. Олигофрения при родовой асфиксии и механической родовой травмой. Формы, связанные с внутриутробными поражениями. Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом. Рубеолярная олигофрения. Олигофрения, связанная с листериозом. Олигофрения, при врожденном сифилисе. Олигофрения при гемолитической болезни новорожденных.
9. Олигофрения при гидроцефалии.

#### **Тема 6. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)**

13. Неуспеваемость и пограничная умственная отсталость.
14. Связь ЗПР с минимальной мозговой дисфункцией (ММД).
15. Роль Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер в развитии учений о пограничной умственной отсталости.
16. Трактовка ЗПР зарубежными авторами.
17. Классификация ЗПР (Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер, К.С. Лебединской).
18. Дисгармоническое развитие и психофизический инфантилизм.
19. Причина церебральной формы ЗПР.
20. Причина соматической формы ЗПР.
21. ЗПР, обусловленная педагогической запущенностью.
22. Дифференциальная диагностика между ЗПР органического происхождения и легкой степенью умственной отсталости.
23. ЗПР и общее недоразвитие речи.
24. ЗПР и нарушение речи.

#### **Тема 7. Клинические формы деменции**

1. Общая характеристика деменции.
2. Классификация дементных нарушений.
3. Нейрофизиологические основы распада психических процессов.
4. Причина деменций у детей.
5. Особенности течения деменций у детей.
6. Особенности распада психических процессов у детей дошкольного, младшего и старшего школьного возраста.
7. Распад психических процессов в зрелом возрасте. Болезнь Альцгеймера. Болезнь Ниманна – Пика. Болезнь Крейтцфельда – Якоба. Деменция сосудистого генеза (дисциркуляторные энцефалопатии).

8. Деменция, обусловленная шизофренией и эпилепсией.
9. Амавротическое слабоумие. Классификация, патогенез, течение (Болезнь Тея-Сакса).
10. Синдром слабоумия при тубероидом склерозе (Болезнь Бурневилля).
11. Посттравматические деменции. Деменции как следствие инфекций головного мозга.

*При подготовке к докладам необходимо:*

- подготовить сообщение, включающее сравнение точек зрения различных авторов;
- сообщение должно содержать анализ точек зрения, изложение собственного мнения или опыта по данному вопросу, примеры;
- вопросы к аудитории, позволяющие оценить степень усвоения материала;
- выделение основных мыслей, так чтобы остальные студенты могли конспектировать сообщение в процессе изложения.

*К практическим заданиям для самоподготовки относятся:*

#### **Практическое задание 1.**

1. Написать типологию дизонтогенеза по В.В.Лебединскому.
2. С помощью справочной литературы раскрыть содержание терминов: асинхрония развития, акселерация, децелерация, гетерохрония, ретардация, церебральная альтерация, недоразвитие, нарушение развития. Привести примеры для дифференциации этих терминов.
3. Объяснить, как вы понимаете высказывание Л.С.Выготского о том, что структура аномального развития сложна, что наличие дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального дефекта не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает целостная картина своеобразного развития.

#### **Практическое задание 2.**

1. Дать определение понятиям: психофизический инфантилизм, гармонический психофизический инфантилизм, гармонический психический инфантилизм, церебрастенический синдром, астенический синдром, децелерация, церебральная альтерация, ретардация (задание выполняется письменно).
2. Составить прогноз интеллектуального развития детей с ЗПР, относящихся к разным типам.

#### **Практическое задание 3:**

**Задание 1. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта:**

Лена Л., ученица 3-го класса массовой школы, была направлена на консультацию с жалобами на большие затруднения в обучении. Со слов матери, бе-

ременность этой девочкой протекала при плохом самочувствии, с наличием токсикоза и резко повышенного кровяного давления. Роды затяжные, с выдавливанием плода. Раннее развитие ребенка шло с задержкой ходьбы и речи. В дошкольном возрасте родные отметили, что девочка заметно отстает в развитии по сравнению с другими детьми. Она не проявляла никакой любознательности, не задавала вопросов, не запоминала стихов, не интересовалась книгами, в игре была мало инициативна и зачастую не понимала игровой ситуации. Отставание в развитии особенно резко проявилось, когда девочка в возрасте 7 лет пошла в школу. С первых дней обучения выяснилось, что Лена не может усвоить самые элементарные школьные навыки: не могла запомнить ни одной буквы не могла овладеть порядковым счетом в пределах 5. При этом в поведении девочки никаких отклонений не наблюдалось. В связи с ее полной неуспеваемостью матери предложили временно взять Лену из школы. Через год она вновь поступила в 1-й класс массовой школы, но и на этот раз у нее выявились затруднения при обучении. И хотя в течение этого года девочка дополнительно занималась с педагогом, а уроки ей помогала готовить мать, она была переведена во 2-й класс без достаточных знаний и навыков. Во 2-м классе девочка механически заучила некоторые приемы счета, таблицу умножения, но очень плохо справлялась с решением арифметических задач. В 3-м классе Лена, даже при большой помощи, которая ей оказывалась, справиться со школьными требованиями не могла.

**Задание 2. Квалифицировать нарушение интеллектуальной деятельности по клинической иллюстрации:**

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

**Задание 3. Проанализировать приведенный ниже клинический пример**

Мальчик В., 10 лет. Ребенок от второй беременности, к-рая протекала нормально. В раннем возрасте развивался нормально. В 7 лет заболел корью в тяжелой форме, сопровождавшейся нарушениями сознания, судорогами, рвотой, явлениями общего психомоторного возбуждения, выраженными менингеальными



симптомами. Вскоре после выписки из больницы родители заметили ряд изменений состояния мальчика: появились беспокойный сон, сильная истощаемость, головные боли. Мальчик стал раздражительным, драчливым, непослушным. В школу пошел в 8 лет, интереса к занятиям не проявил, учебные навыки не приобрел. Резко ухудшилась память, не понимал сказок, рассказов, смысл которых ему был доступен до болезни. Школьную программу не усваивал. Ориентировка в окружающем недостаточна, но запас представлений выше, чем у олигофренов.

#### **Задание 4. Квалифицировать описанное ниже слабоумие**

Мальчик К., 12 лет. Учится в 3-м классе школы 8-го вида. Ребенок от первой беременности, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная задержка в развитии. Первые слова стал говорить к трем годам. Всегда был двигательно беспокоен, криклив, плаксив. С детьми играть не умел. Обижал младших, отнимал у них игрушки. Импульсивен, груб, развязен. Учиться начал с 7 лет. За год обучения не овладел грамотой, другими школьными навыками. За время уроков ни минуты ни оставался спокоен, играл с разными предметами, гримасничал, расхаживал по классу, задевал соседей, выкрикивал. На перемене становился крайне расторможенным. Психологическое исследование выявило крайне ограниченный запас сведений. Знал всего лишь несколько букв, понятие о числе отсутствовало, часто соскальзывал с задания, легко отвлекался, реактивно реагировал на случайные раздражители....

#### **Задание 5. Дать рекомендации родителям**

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

#### **Задание 6. Обобщить результаты наблюдений**

Мальчик А., 7 лет 6 мес. Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 мес. ), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ (диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи.

В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя

подвижность, многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении.

С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.

#### **Задание 7. Определить, чем обусловлены проблемы в обучении ребенка**

Сережа Д. 9 лет, ученик 2-го класса, был труден в обучении и поведении, не успевал по всем предметам, не включался в школьную жизнь, не ладил с детьми, был двигательно беспокоен, много и несвязно говорил, иногда на одну и ту же тему.

В анамнезе отмечалось, что ряд родственников по линии отца были людьми нервными, раздражительными с большими странностями в характере.

Сережа родился от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений. До 6 лет психическое и физическое развитие протекало нормально. С 6 лет мальчик стал постепенно меняться. У него появилось двигательное беспокойство, повышенная раздражительность, речевое возбуждение. К 7 годам странности в поведении увеличились. Он не мог сосредоточиться на каком-либо занятии, быстро переходил от одного дела к другому. Когда ему читали рассказ, он нередко перебивал чтение фразой, не имеющей к рассказу никакого отношения. В школу Сережа пошел 8 лет, в обучении был непродуктивен.

При обследовании было установлено, что физическое развитие мальчика соответствует возрасту; со стороны нервной системы отклонений нет. Установить с ним контакт почти невозможно в силу расстройства внимания. При обследовании выявилась «разорванность» мышления. В его речь неожиданно вплетаются непонятные и не связанные между собой фразы: «Он далеко, если не сможет позвонить. Все равно я поеду. У меня Петькин ножик. Надо прыщик содрать....»

Сережа неэмоционален, часто стоит один и гримасничает.

*Целью* практических заданий является демонстрация навыков анализа (самоанализа). Выполнение всех практических заданий необходимо для успешной

сдачи экзамена. В случае невыполнения практических заданий, за время теоретического обучения, необходимо принести письменные отчеты на экзамен.

## **10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости)**

В процессе лекционных и семинарских занятий используется следующее программное обеспечение:

- программы, обеспечивающие доступ в сеть Интернет (например, «Google chrome»);
- программы, демонстрации видео материалов (например, проигрыватель «Windows Media Player»);
- программы для демонстрации и создания презентаций (например, «Microsoft PowerPoint»).

## **11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**

Для обеспечения традиционных и активных форм проведения занятий требуются мультимедийные аудитории и следующее техническое обеспечение:

- видеопроектор + ПК;
- маркерная доска.

## **12. Иные сведения и (или) материалы**

### **12.1. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

Реализация дисциплины, текущий контроль и промежуточная аттестация для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов осуществляются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

В процессе обучения предусматриваются различные формы предоставления необходимой учебной и учебно-методической информации (визуально, в том числе с укрупненным шрифтом, аудиально и т. п.), допускаются использование студентом технических средств фиксации информации (аудио- и фото- или видеотехника) и присутствие на аудиторных занятиях ассистента (помощника, сопровождающего, сурдо- или тифлосурдопереводчика и т. п.), осуществляющего техническое сопровождение учебного процесса для студента. Допускается частично дистанционное обучение с предоставлением необходимой учебной и учебно-методической информации средствами телекоммуникационной сети «Интернет».

Предусматриваются различные формы текущего контроля качества освое-

ния дисциплины, достижения запланированных результатов обучения и уровня сформированности заявленных в ООП компетенций: устно, в том числе практические задания и контрольные работы с пояснением хода выполнения; письменно, в том числе конспекты ответов на вопросы практических занятий по разделам дисциплины; устно дистанционно; письменно дистанционно. Во всех формах текущего контроля используются общие критерии оценивания.

Процедура промежуточной аттестации проводится с учетом психофизических особенностей и состояния здоровья студента: допускается присутствие ассистента, осуществляющего техническое сопровождение процедуры; используются адаптированные оценочные средства; допускаются различные формы ответа (устно, письменно, с использованием необходимых технических средств и т. п.); допускается дистанционная форма проведения зачета или экзамена (например, с использованием программы Skype в предварительно согласованное время); при необходимости предоставляется дополнительное время для подготовки к ответу. Независимо от формы организации процедуры промежуточной аттестации используются общие критерии оценивания.

## **12.2. Перечень образовательных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине**

В процессе прохождения курса используются технологии активного (метод ролевой игры), проблемного обучения (метод проблемных задач, кейс-метод, обсуждение материалов сети Интернет), элементы технологии развивающего обучения (метод творческих заданий) (20 часов).

При изучении дисциплины используются традиционные методы обучения:

1. Лекции. Программой курса предусмотрено чтение лекций в различных формах их проведения: информационные лекции, лекции-беседы, проблемные лекции, лекции с разбором конкретных ситуаций, лекции с опорным конспектированием, лекции-визуализации.

2. Практические занятия. Проведение практических занятий осуществляется в форме развернутой беседы на основании плана, а также в форме анализа конкретных ситуаций, практических заданий, докладов и их обсуждения.

Освоение курса предполагает, помимо посещения лекций и семинарских занятий, выполнение домашних заданий, которые заключаются в подготовке докладов, практических заданий, и подготовке к практическим занятиям.

В процессе прохождения курса планируется проведение оперативного, рубежного и итогового контроля после изученного курса.

### **Составители:**

к. психол.н., доцент каф СПиПТ Янко Е.В.,

ст. преподаватель СПиПСТ Аршинова Е.В.

Рабочая программа разработана на основе «Макета рабочей программы дисциплины» одобренного научно-методическим советом (протокол № 8 от 09.04.2014 г.).