



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Психология аномального развития »
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология
Квалификация	Клинический психолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра клинической психологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.Г. Фаустова	канд. психол. наук, доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
А.Д. Трусова		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.К. Афолина	Кандидат медицинских наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент
И.В. Моторина	Кандидат педагогических наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент

Одобрено учебно-методической комиссией специальности Клиническая психология
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) по
итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Варианты задержки психического развития по этиологическому принципу (по В.В. Лебединскому). Клинико-психологическая структура ЗПР соматогенного и психогенного происхождения.
2. Клинико-психологическая структура ЗПР церебрально-органического генеза.
3. Проблема задержки психического развития в работах Н.Я. Семаго и М.М. Семаго. Задержанное развитие и парциальная несформированность высших психических функций.
4. ЗПР церебрально-органического генеза и олигофрения: сходство и различия.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы.

Примеры ситуационных задач:

Задача №1. Мальчик, 3,5 года, в последние полгода стал необщительным, мало играет в свои игрушки, чаще выбирает для игр малоподходящие предметы, монотонно раскачивается из стороны в сторону, не реагирует на приход и уход матери.

Какой вид нарушения психического развития у данного ребенка?

Задача 2. Девочка, 7 лет, по характеру вспыльчивая, эгоистичная, театральная. Родители стараются удовлетворять практически все пожелания дочери, в случае отказов реакция бывает крайне бурной с криками, валянием на полу и рыданиями, которые прекращаются лишь после выполнения ее желания.

Какой вид нарушения психического развития у данного ребенка?

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

Примеры тем рефератов:

1. Психологические особенности пациентов детского возраста с легкой умственной отсталостью
2. Психологические особенности пациентов детского возраста с задержанным развитием.
3. Психокоррекция пациентов с шизофренией в раннем детском возрасте.
4. Психокоррекция пациентов с шизофренией в школьном возрасте.
5. Психокоррекция пациентов с шизофренией в подростковом возрасте.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

6.4. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

6.4.1 Форма промежуточной аттестации в _6_ семестре – экзамен

6.4.2 Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и

предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит три вопроса (теоретические и практические) (II).

Критерии выставления оценок (III):

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

– Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

УК-9.

Способность использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Категориально-понятийный аппарат психологии аномального развития.
2. Теоретическое и практическое значение психологии аномального развития.
3. Место психологии аномального развития в системе научного знания.
4. Теоретическое и практическое значение психологии аномального развития.
5. Основные направления психологии аномального развития.
6. Предмет, задачи и методы психологии аномального развития.
7. Вклад известных ученых в теоретическое развитие психологии аномального развития: И.В. Маляревский.
8. Вклад известных ученых в теоретическое развитие психологии аномального развития: Л.С. Выготский., А. Н. Леонтьев, Л. И. Божович
9. Вклад известных ученых в теоретическое развитие психологии аномального развития: А. Р. Лурия, П. Я. Гальперин.
10. Вклад известных ученых в теоретическое развитие психологии аномального развития: Ж.-Э. Эскироль, Э. Сеген

11. Вклад известных ученых в теоретическое развитие психологии аномального развития: Г.И. Россолимо, В.П. Кашенко.
12. Вклад известных ученых в теоретическое развитие психологии аномального развития: Н.А. Власова, Певзнер М.С, Рубинштейн С. Я., Лебединский В. В.
13. Клинические закономерности дизонтогенеза.
14. Понятие нормального онтогенеза, эмбриогенеза, нейрогенеза.
15. Понятие дизонтогенеза.
16. Этиология и патогенез дизонтогений.
17. Биологические (классификация) и социальные (классификация) факторы нарушений. Соотношение симптомов дизонтогенеза и болезни.
18. Экзогенные и эндогенные факторы в дизонтогенетическом развитии.
19. Ранний детский аутизм. История вопроса.
20. РДА, РАС, аутизм, синдром Аспергера, синдром Каннера. Методологические аспекты терминологии и квалификации искаженного развития.
21. Этиология РДА.
22. Патогенез РДА.
23. Клинико-психологическая структура РДА.
24. РДА с высоким уровнем социального функционирования.
25. РДА с низким уровнем социального функционирования.
26. Этапы становления аутистического синдрома.
27. Возрастная динамика при РДА.
28. Классификация О. С. Никольской.
29. Подходы к диагностике аутизма. Методы диагностики аутизма у детей.
30. Психофизический инфантилизм.
31. Диспропорциональность развития психики ребенка преимущественно в эмоционально- волевой сфере.
32. Особенности поведения детей с дисгармоническим развитием.
33. Основные формы и методы психологической коррекции.
34. Психологическая коррекция детско-родительских отношений.
35. Психопатии и психопатическое развитие личности у ребенка
36. Классификация психопатий по Г.Е. Сухаревой.
37. Классификации психопатологического развития личности в рамках теории П. Б.Ганнушкина.
38. Классификации психопатологического развития личности в рамках теории К. Леонгарда.
39. Термин ММД. Историческое развитие понятия.
40. Нейрофизиологические характеристики ММД у детей.
41. Современные (последние 15 лет) российские исследования о ММД.
42. Современные (последние 15 лет) зарубежные исследования о ММД.
43. Понятие синдрома дефицита внимания (СДВГ, ГРДВ). История развития научного подхода к расстройству.
44. Этиопатогенез нарушений при СДВГ.
45. Симптомы, их классификация.
46. Подходы к психокоррекции симптомов СДВГ. Основы ведения в клинике (взаимодействие специалистов).
47. Специфические расстройства развития школьных навыков. Классификация.
48. Патогенез нарушения формирования специфических школьных навыков.
49. Краткая характеристика специфического расстройства чтения.

50. Краткая характеристика специфического расстройства спеллингования.
51. Краткая характеристика специфического расстройства арифметических навыков.
52. Краткая характеристика смешанного расстройства учебных навыков.
53. Дислексия. Определение. История развития понятия.
54. Основы формирования навыка чтения в норме.
55. Биологические и социальный факторы в развитии дислексии. Патогенез.
56. Классификация. Симптомы каждой классификационной категории.
57. Общие стандарты диагностики при подозрении на дислексию.
58. Нейропсихологическая диагностика дислексии. Методики.
59. Коррекция дислексии по ведущему нарушенному фактору.
60. Дисграфия. Определение. История развития понимания нарушения.
61. Основы формирования навыка письма в норме.
62. Патогенез дисграфии.
63. Классификация дисграфий. Симптомы каждой классификационной категории.
64. Дизорфография.
65. Общие стандарты диагностики при подозрении на дисграфию. Нейропсихологическая диагностика дисграфии. Методики.
66. Коррекция дисграфий. Роль психолога.
67. Дискалькулия. Определение. История развития понимания нарушения.
68. Основы формирования понимания цифры и числа, навыка счета в норме.
69. Патогенез дискалькулии.
70. Классификация дискалькулий. Симптомы каждой классификационной категории.
71. Олигокалькулия. Акалькулия.
72. Общие стандарты диагностики при подозрении на дискалькулию. Нейропсихологическая диагностика дискалькулии. Методики.
73. Коррекция дискалькулии. Роль психолога.
74. Основы коррекционной программы для работы родительской группы.
75. Разбор программы работы с воспитателями ДОУ (для работы с детьми с РАС).

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Девочка 7 лет, проживает с родителями. Оба родителя злоупотребляют алкоголем. Ходить начала только в 3 года, говорить в 4 года, речь с бедным словарным запасом, с нарушением артикуляции. В этом году пошла в первый класс общеобразовательной школы, не справляется с учебной программой. Какой вид нарушения психического развития у данного ребенка? Какие рекомендации вы бы дали медицинскому персоналу для создания терапевтической среды?
2. Мальчик, 10 лет, поведение изменилось около четырех месяцев назад, стал замкнутым, родители стали замечать, что подходя к окну, обязательно встряхивает три раза руками, ребенок не говорит, почему он так делает. В последние две недели начал испытывать страхи, что "прилетит комета, и все погибнут", не хочет идти в школу. Какой вид нарушения психического развития у данного ребенка? Какие рекомендации вы бы дали медицинскому персоналу для создания терапевтической среды?
3. Девочка 8 лет, с раннего детства отличалась чрезмерной активностью, неусидчивостью, в школе возникли проблемы с обучением, из-за повышенной отвлекаемости, невозможности сосредоточиться на заданиях. Какой вид нарушения психического

развития у данного ребенка? Какие рекомендации вы бы дали медицинскому персоналу для создания терапевтической среды?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Девочка 3,5 года, в последние полгода стала замкнутой, мало играет в свои игрушки, чаще выбирает для игр малоподходящие предметы, монотонно раскачивается из стороны в сторону, не реагирует на приход и уход матери, при попытках родителей привлечь ее внимание пугается. Какой вид нарушения психического развития у данного ребенка? Как должно быть построено психодиагностическое исследование?

2. Мальчик 11 лет, воспитывается в полной семье, отношения с родителями плохие, отец деспотичный, часто бьет и жену и сына. На протяжении последних двух лет ребенок постоянно прогуливает школу, год назад начал уходить из дома, бродяжничать в компании сверстников, вместе с ними участвовал в нескольких кражах в магазине. Какой вид нарушения психического развития у данного ребенка? Как должно быть построено психодиагностическое исследование?

3. Данила П. 17 лет. Выписка из заключения социального работника для рассмотрения на КДН. Педагогический статус. Дмитрий до 4 класса учился в массовой школе, откуда по решению МПК был переведен в коррекционную школу (проблемы интеллектуального и речевого развития, преобладание процессов торможения над процессами возбуждения). После окончания вспомогательной школы продолжил обучение в вечерней школе и закончил там 9-тый класс. Это позволило ему поступить в ПУ (специальность повар-бармен), которое в этом году закончит. Есть желание продолжить свое образование на вновь открываемом на базе училища отделении. По месту учебы Дмитрий характеризуется, в основном, положительно. Нарушений дисциплины не допускает. Есть проблемы социально-го статуса: практически во всех учебных коллективах находится на периферии, не умеет противостоять давлению, неинициативен, поддается влиянию. Результаты психодиагностики указывают на наличие у Дмитрия выраженной длительной дезадаптации, которая проявляется как эмоциональный дискомфорт, повышенная тревожность, постоянное напряжение, снижение эмоционального фона вплоть до подавленности, неуверенность в себе, заниженная самооценка, ощущение своей несчастливости, чувство вины, низкая мотивация достижения, растерянность, признаки невротического реагирования. Высокая степень внушаемости, замкнутость, пассивность, тормозимость, скованность жестов и поз, неловкость, проблемы коммуникаций. Такие психологические особенности препятствуют формированию черт социальной зрелости, умения разбираться в людях, отстаивать свои интересы, противостоять давлению и провоцирующим влияниям.

Вопрос. Признаки каких нарушений психического развития имеют место в данном случае? Какие виды психосоциальной помощи могут быть рекомендованы в данном случае?

4. Дима. В первый год жизни не было никаких отклонений. В возрасте около года ребёнок хорошо ходил и мог говорить около 10 слов. В возрасте чуть больше 1-го года после прививки от паротита, кори и краснухи поднялась температура, около 2-х недель была сильная слабость, а затем начались истерики: ребёнок падал на пол и «визжал», стуча ногами и размахивая руками. Ребёнок стал придирчив к еде, стал плохо спать, стал

уменьшаться словарный запас, обычные игрушки постепенно перешли на второй план. Все развлечения ребёнка сводились к беготне по дому и громким крикам. Примерно к полутора годам у ребёнка полностью исчезла речь.

Денис. До года развивался нормально, вес и рост соответствовали норме. Сидеть, ползать, ходить начал вовремя. В один год показывал «пока», «сороку-белобоку», «ладушки», был указательный жест. Каких-либо подозрений на умственную отсталость не было. Дальнейшее развитие речи было необычным: не было слов «мама» или «па-па», зато осмысленно начал говорить такие слова, как «часы», «тру-ба». К детскому саду привыкал очень долго, реакция на оставление в саду - постоянные крики. Все три года с детьми не общается, но перестал их бояться. Речевые навыки демонстрирует спонтанно вне ситуации, может сказать длинную фразу на отвлеченную тему, не реагирует на обычную бытовую речь. Вопрос. К каким типам психического дизонтогенеза (регресс-сии, распад, ретардации, асинхронии) относятся приведенные здесь случаи? Какова структура комплексной помощи таким детям?

5. Выписка из школьной характеристики глухого ребенка.

Алексей, 9 лет, 2 класс. Опекаемый ребенок, живет в коммунальной квартире с бабушкой, Мать лишена прав, отец неизвестен, в анамнезе у мальчика патология в родах, асфиксия, черепно-мозговые травмы в раннем детстве. Диагноз –нейросенсорная тугоухость 3 степени, был поставлен в возрасте 4 лет, т.к. к тому времени речь не была сформирована. Но при этом ребенок реагирует на громкие звуки и даже слышит музыку. Перенес операцию (варикоцеле), наблюдается хронический насморк. Неопрятен. По 13 из 16 симптомокомплексов Карты Стотта имеет заметный, выраженный, очень выраженный и даже патологический уровень дезадаптации. В профиле его дезадаптации доминирующим симптомокомплексом является максимальный уровень враждебности и агрессивности по отношению к детям, приближающийся к максимуму уровень асоциальности и очень высокий уровень неусидчивости, невнимательности (в анамнезе синдром СДВГ). Кроме того, в картине его поведения наблюдаются нарушения сексуального развития, а именно очень раннее развитие, чувствительность к противоположному полу и проявление врождённых наклонностей. Дети его не любят, боятся, избегают, за партой сидит один. Есть признаки интеллектуального снижения – т.к. не справляется со школьной программой... Все это является основанием для направления Алексея на ПМПК с целью решения о переводе его в коррекционный класс. Задание. Определите круг задач школьного психолога по работе с мальчиком. Каким Вы видите прогноз дальнейшего обучения ребенка в школе для глухих? Какие из перечисленных диагнозов необходимо проверить?