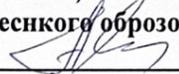




Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Директор Высшей школы управления
здоровьем, клинической психологии и
сетресного образования


О.Ю. Алешкина

«26 апреля 2024 г.»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Дисциплина: «Нарушения психического развития в детском и подростковом
возрасте»

(наименование дисциплины)

Специальность: 37.05.01 «клиническая психология»

(код и наименование специальности)

Квалификация: Клинический психолог

(квалификация (степень) выпускника)

1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
1	2
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
<p>ИУК 1.1 Знает методы критического анализа и оценки современных научных достижений; основные принципы критического анализа</p> <p>ИУК 1.2 Умеет получать новые знания на основе анализа, синтеза</p>	
<p>и др.; собирать данные по сложным научным проблемам, относящимся к профессиональной области; осуществлять поиск информации и решений на основе действий, эксперимента и опыта</p> <p>ИУК 1.3 Владеет практическим опытом исследования проблемы профессиональной деятельности с применением анализа, синтеза и других методов интеллектуальной деятельности; разработки стратегии действий для решения профессиональных проблем</p>	
Психологическая оценка, диагностика и экспертиза	ОПК-3. Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины
<p>ИОПК – 3.1 Знает основные принципы, правила и этико- деонтологические нормы проведения психодиагностического исследования в клинике, в консультативной и экспертной практике.</p> <p>ИОПК – 3.2 Умеет применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных и кризисных состояниях, при работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и др.</p> <p>ИОПК – 3.3 Владеет навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций.</p> <p>ИОПК – 3.4 Владеет навыками проведения, анализа, интерпретации результатов психологического исследования лиц, находящихся в кризисных ситуациях и переживших экстремальное состояние.</p> <p>ИОПК – 3.5 Владеет навыками проведения судебно- психологического экспертного исследования и составлять заключение эксперта в соответствии с нормативными правовыми документами.</p> <p>ИОПК – 3.6 Владеет навыками проведения психодиагностического исследования детей, включая детей младшего возраста, и подростков с психической и соматической патологией, живущих в условиях депривации, из групп риска поведенческих нарушений, а также нормативно развивающихся детей; детско-родительских отношений и их влияния на развитие и адаптацию ребенка.</p>	
Психологическая оценка, диагностика и экспертиза	ОПК-4. Способен вести протоколы составлять заключение по результатам психологической диагностики и экспертизы, а также представлять обратную связь по запросу заказчика
<p>ИОПК – 4.1 Знает основные методологические принципы проведения, обработки и представления данных психодиагностического исследования, в том числе принцип комплексности, предполагающий использование в одном исследовании методов с различным психометрическим статусом (измерительных и качественных) и их взаимодополнение при анализе результатов.</p> <p>ИОПК – 4.2 Умеет квалифицированно сочетать неформализованные экспертные и психометрические методы с учетом методологического принципа комплексности психологической диагностики, а также интерпретировать результаты с опорой на адаптационную (лично ориентированную) и биопсихосоциальную модели здоровья и болезни человека.</p> <p>ИОПК – 4.3 Владеет навыками формального и содержательного анализа, а также обобщения результатов исследования в виде психодиагностического заключения, релевантного запросам пользователя, а также навыками предоставления обратной связи с соблюдением деонтологических норм.</p>	

Психологическое вмешательство	ОПК-5. Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.
	<p>ИОПК – 5.1 Знает базовые концепции личности, лежащие в основе основных направлений психологического вмешательства.</p> <p>ИОПК – 5.2 Знает основные психотерапевтические теории, их научно-психологические основы, связь с базовой психологической концепцией и концепцией патологии, деонтологические и этические аспекты психологических вмешательств и психологической помощи.</p> <p>ИОПК – 5.3 Умеет выявлять и анализировать информацию, необходимую для определения целей психологического вмешательства, умеет разрабатывать программы вмешательства с учетом индивидуально-психологических характеристик пациентов (клиентов) и в контексте общих задач лечебно-восстановительного процесса, психологической коррекции и развития.</p> <p>ИОПК – 5.4 Умеет самостоятельно проводить клиничко-психологическое вмешательство с учетом нозологической и возрастной специфики, а также в связи с разнообразными задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития.</p> <p>ИОПК – 5.5 Владеет навыками анализа основных направлений психологического вмешательства с точки зрения их теоретической обоснованности и научности, а также владеет методами оценки эффективности клиничко-психологического вмешательства.</p> <p>ИОПК – 5.6 Владеет основными методами индивидуальной, групповой и семейной психотерапии, других видов психологического вмешательства в клинике, а также при работе со здоровыми людьми в целях профилактики, развития, оптимизации социальной адаптации и повышения психологического благополучия.</p> <p>ИОПК 5.7 Владеет специализированными для особых категорий населения методами и формами психологического вмешательства, а именно: владеет методами индивидуальной и групповой работы с детьми и подростками, испытывающими трудности социальной адаптации или имеющими особенности развития; владеет методами кризисной интервенции и психологической помощи людям, переживающим кризисные и экстремальные ситуации; владеет навыками оказания экстренной и долгосрочной психологической помощи лицам с различными формами девиантного, в том рискованного поведения, в ситуации насилия, с проблемами аддикций, ВИЧ/СПИД и др.</p>
Психологическое консультирование	ОПК-6. Способен разрабатывать и реализовывать комплексные программы предоставления психологических услуг по индивидуальному, семейному и групповому психологическому консультированию и неврачебной психотерапии как виду профессиональной деятельности клинического психолога
	<p>ИОПК – 6.1 Знает основные понятия, цели и структуру процесса психологического консультирования, его отличие от психотерапии; этические аспекты психологического консультирования.</p> <p>ИОПК – 6.2 Знает основные методологические принципы и особенности современных направлений психологического консультирования (психоаналитическое, адлеровское направления, терапия поведения, рационально-эмоциональная терапия, ориентированная на клиента терапия, экзистенциальная терапия).</p> <p>ИОПК – 6.3 Умеет самостоятельно анализировать, подбирать и использовать методы оказания психологической помощи, проводить психологическое консультирование с учетом нозологической, возрастной, социо- культурной специфики клиента (пациента), лицам, находящимся в кризисных и других неблагоприятных ситуациях и состояниях.</p> <p>ИОПК – 6.4 Владеет приемами анализа основных направлений консультирования с точки зрения их теоретической обоснованности и научности.</p> <p>ИОПК Владеет основными методами и техниками психологического консультирования с учетом нозологической, возрастной специфики, социо-культурной специфики клиента (пациента), его индивидуально-психологических особенностей и психического состояния клиента.</p> <p>ИОПК – 6.5 Владеет навыками психологического консультирование населения с целью выявления индивидуально-психологических, социально-психологических и иных факторов риска дезадаптации, первичной и вторичной профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств и нарушений поведения.</p>

<p>ИОПК – 6.6 Владеет навыками консультирования медицинского персонала, работников социальных служб, педагогов, тренеров и спортсменов, руководителей, сотрудников правоохранительных органов и других специалистов по вопросам взаимодействия с людьми для создания «терапевтической среды» и оптимального психологического климата.</p>	
<p>Консультативная и психотерапевтическая деятельность</p>	<p>ПК-13. Способен к проведению психологической коррекции поведения и развития различных групп населения, в том числе с ограниченными возможностями здоровья, а также групп, испытывающих трудности в развитии и социальной адаптации</p>
<p>ИПК-25 знать теория, методология психодиагностики, классификация психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования</p> <p>ИПК-26 уметь диагностировать интеллектуальные, личностные и эмоционально-волевые особенности населения, испытывающих трудности в социальной адаптации, в том числе групп, признанных в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми</p> <p>ИПК-27 владеть определением степени нарушений в психическом и личностном развитии лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, признанных в установленном порядке обвиняемыми или подсудимыми.</p>	

2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр		Шкала оценивания		
		«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»
Знать				
7	<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.</p> <p>Не знает теоретические основы и принципы нарушения психической деятельности.</p>	<p>Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала.</p> <p>Имеет несистематизированные знания о современных подходах в диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей психологических механизмов психопатологической симптоматики.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.</p> <p>Знает основные подходы к диагностике нарушений психической деятельности.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины.</p> <p>Знает основные теоретические основы и принципы нарушения психической деятельности субъекта. Показывает глубокое знание и понимание современных подходов в диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей психологических механизмов психопатологической симптоматики.</p>
Уметь				
7	<p>Студент не умеет применять на практике диагностические методы и процедуры для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности больного.</p>	<p>Студент испытывает затруднения при применении методики индивидуально-типологической (личностной) диагностики для решения гомотерапевтических и реабилитационных задач.</p> <p>Студент непоследовательно и не систематизировано применяет на практике диагностические методы и процедуры для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре</p>	<p>Студент умеет самостоятельно ставить практические и исследовательские задачи, составлять программы диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации.</p> <p>Студент умеет использовать на практике диагностические</p>	<p>Студент умеет последовательно применять на практике методы психопатологической диагностики состояния психического здоровья и адапционных возможностей больных.</p> <p>Студент умеет самостоятельно составлять заключения в соответствии с заданиями экспертными и нормативными правовыми актами.</p>

		<p>психической деятельности и личности больного.</p> <p>Студент затрудняется при составлении заключения в соответствии с задачами экспертизы и нормативными правовыми актами.</p>	<p>методы и процедуры для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности больного.</p>	
7	<p>Студент не владеет навыком оценки и оптимизации качества жизни больных с психическими расстройствами, а также членов их социальных сетей.</p>	<p>Студент владеет основными навыками диагностики нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств.</p> <p>Студент в основном способен самостоятельно применять методики индивидуально-типологической (личностной) диагностики для решения психотерапевтических и реабилитационных задач.</p> <p>Студент в основном владеет навыком использования методов классических и современных направлений психотерапии.</p>	<p>Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала.</p> <p>Студент способен самостоятельно выделить главные положения в изученном материале, владеет навыком выделения значимых методов классических и современных направлений психиатрии.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала.</p> <p>Студент владеет навыком определения процедур для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности большого.</p> <p>Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части способности самостоятельного выделения значимых свойств психической деятельности субъекта для выявления закономерностей психопатологических механизмов психопатологии.</p>

Владеть

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

КОМПЛЕКТ ВОПРОСОВ ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

(устная часть экзамена)

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте»

1. Типология девиантного поведения (по В.Д.Менделевичу; Е.В.Змановской).
2. Основные методы поведенческой интервенции и области их оптимального применения.
3. Основные параметры анализа структуры девиантного поведения личности.
4. Основные понятия, связанные с противоправным поведением личности.
5. Основные психологические теории, объясняющие агрессивное поведение.
6. Феномен со-зависимости.
7. Психологические теории обоснования суицидального поведения.
8. Условия и механизмы формирования агрессивного поведения.
9. Этапы формирования аддикции.
10. Опишите методики саморегуляции.
11. Делинквентное поведение, его особенности, виды, условия формирования.
12. Когнитивные модели девиантного поведения.
13. Основные формы делинквентного поведения и типы правонарушителей.
14. Методы угашения нежелательного поведения.
15. Факторы, препятствующие самоубийству.
16. Особенности сущностной характеристики личности с девиантным поведением.
17. Принципы комплексности в оказании социально-психологического воздействия на отклоняющееся поведение личности.
18. Сходство и различие понятий «отклоняющееся поведение» и «патологическое поведение».
19. Возрастные особенности суицидального поведения.
20. Нарушения пищевого поведения.
21. Общие характеристики поведения.
22. Отклоняющееся поведение с точки зрения экзистенциально-гуманистического подхода.
23. Внешние и внутренние условия делинквентного поведения.
24. Схема анализа отклоняющегося поведения.
25. Раскройте содержание термина «поведение» и перечислите основные характеристики поведения человека.
26. Нехимические аддикции.
27. Ведущие характеристики пищевой зависимости.
28. Приведите типологии самоубийств.
29. Психодинамические механизмы отклоняющегося поведения.
30. Раскройте содержание и соотнесите следующие понятия: «агрессия», «агрессивное влечение», «агрессивность», «агрессивное поведение».
31. Виды социальных норм.
32. Условия, способствующие суицидальному поведению.
33. Биологические предпосылки отклоняющегося поведения.
34. Частные характеристики поведения.
35. Основные признаки зависимого аддиктивного поведения.
36. Аддиктивное поведение, его признаки и формы.
37. Типология девиантного поведения (по А.Г.Абрумовой; Ю.А.Клейбергу).
38. Современные примеры негативных, нейтральных, позитивных социальных отклонений.
39. Понятие «экзистенциальный вакуум» и «зоогенный невроз».
40. Когнитивные модели девиантного поведения.
41. Делинквентное поведение, его особенности, виды, условия формирования.

42. Суицидальное поведение, его общие черты и причины.
43. Суицидальное поведение, его общие черты и причины.
44. Ведущие характеристики наркоманической зависимости.
45. Основные виды агрессии и агрессивного поведения.
46. Химические аддикции.
47. Негативные и позитивные проявления агрессии.
48. Дайте характеристику видов зависимого поведения наиболее распространенных в настоящее время.
49. Способы коррекции аддиктивного поведения.
50. Бессознательные и осознаваемые мотивы суицидального поведения.
51. Сущность и процедура методики систематической десенсибилизации.
52. Основные механизмы формирования отклоняющегося поведения в соответствии с теорией социального научения.
53. Раскройте понятия: «суицид», «суицидальная попытка», «суицидальное поведение».
54. Подбор методик для обследования лиц групп риска по суицидальному поведению.
55. Понятие «социальной нормы». Ее свойства и способы образования.
56. Тренинг ассертивности.
57. Социальные детерминанты девиантного поведения.
58. Методики подкрепления позитивного поведения.
59. Отклоняющееся поведение с точки зрения поведенческой психологии.
60. Аддиктивное поведение, его признаки и формы.
61. Особенности психического развития у детей с резидуально-органическим поражением головного мозга
62. Формы психического дизонтогенеза
63. Клинико-психологические особенности органических психозов
64. Особенности психического развития у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности
65. Особенности депрессивных расстройств в детском возрасте.
66. Аномалии развития в связи с недостаточностью слуха
67. Биполярное аффективное расстройство у детей. Депрессивный эпизод.
68. Особенности психического развития у детей с шизофренией
69. Особенности психического развития у детей с эпилепсией
70. Коррекционные подходы к детям с ЗПР различной этиологии
71. Особенности психического развития у детей с эпилепсией
72. Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения
73. Общие закономерности психического дизонтогенеза. Психологические параметры дизонтогенеза.
74. Клинико-психологическая структура конституциональных психозов
75. Роль биологических и социальных факторов в возникновении нарушений в развитии.
76. Искаженное психическое развитие. Клинико-психологическая характеристика структуры дефекта при детском аутизме. Основные направления коррекции.
77. Биполярное аффективное расстройство у детей. Маниакальный эпизод.
78. Понятие о первичном и вторичном дефекте (Л.С. Выготский). Взаимоотношение (иерархия) между первичным и вторичным дефектом.
79. Понятие дизонтогенеза. Этиология дизонтогенеза.
80. Теория возникновения синдрома дефицита внимания и гиперактивности
81. Понятие дизонтогенеза. Типы психического дизонтогенеза
82. Особенности психического развития детей с ранним детским аутизмом
83. Классификация ЗПР на основе этиологии (К.С. Лебединская)
84. Психологическое развитие детей с нарушениями речи.
85. Степени выраженности дефекта при олигофрении; идиотия
86. Патологическое формирование личности.

87. Классификация ЗПР
88. Этиология органической деменции. Клинико-психопатологическая структура дефекта при органической деменции.
89. Клинические особенности детского типа шизофрении
90. Психологические параметры (критерии) дизонтогенеза по В. В. Лебединскому.
91. Дистимическое расстройство у детей
92. Степени выраженности дефекта при олигофрении: дебильность
93. Степени выраженности дефекта при олигофрении: имбецильность
94. Возрастные уровни перво-психического реагирования в ответ на вредности по В. В. Ковалеву.
95. Причины возникновения ЗПР
96. Типы психического дизонтогенеза
97. Психосоматические взаимоотношения в детском возрасте.
98. Общая характеристика дисгармонического развития
99. Уровни функциональной организации психических процессов (временная независимость функций, ассоциативный и иерархический типы связей) и их нарушения.
100. Общая характеристика дисгармонического развития
101. Возрастные уровни перво-психического реагирования в ответ на вредности по В. В. Ковалеву.
102. Особенности детей с ЗПР соматогенного происхождения
103. Особенности детей с ЗПР психогенного происхождения
104. Классификация ЗПР по К. С. Лебединской.
105. Психологические параметры (критерии) дизонтогенеза по В. В. Лебединскому.
106. Особенности познавательной сферы у детей с ЗПР.
107. Диагностические критерии ЗПР.
108. Группы РДА по О. С. Никольской.
109. Общая характеристика искаженного развития.
110. Общая характеристика дефицитарного развития.
111. Вторичные нарушения моторики, пространственного гнозиса у детей с ДЦП.
112. Характеристика конституционных психопатий.
113. Дефект, структура дефекта, виды компенсации.
114. Особенности психического развития у детей с шизофренией
115. Дисгармоническое психическое развитие. Клинико - психологическая структура, и принципы коррекции.
116. Общая характеристика психического недоразвития.

**КОМПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (устная часть экзамена)
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Нарушения психического развития в детском и подростковом
возрасте»**

1. Девочка 11 лет. Ходить начала в три года, разговаривать – в 4 года. Ученица средней школы. Учится плохо. Любимым предметом называет «пение», остальные предметы не нравятся. Читает по слогам. Простой текст под диктовку пишет с грамматическими ошибками. Не смогла объяснить смысл общеизвестных пословиц и поговорок. В мышлении преобладают конкретные ассоциации. IQ = 56.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

2. Мальчик 8 лет. Страдает врожденным пороком гиповидной железы. При осмотре выявляются брахицефалия, низкий лоб, широкое запавшее переносье с коротким носом, неправильное развитие зубов, деформация ушей. Продуктивному контакту недоступен. Внимание крайне неустойчиво. Речь не развита, ограничивается звуками, нет попытка обращения к нему речи. Стереотипно раскачивается, сидя на стуле. Внезапно бросается на пол, мычит, бьется головой об пол.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

3. Подросток 14 лет. На вопросы отвечает односложно. Не может выполнять простые арифметические действия, не смог обучаться во вспомогательной школе, не знает адреса, где проживает вместе с родителями, не понимает, чем отличаются трамвай и автобус, самолёт и птица, бревно и дерево и т.д. Может съесть поставленную родителями еду, умыться ухолом и опеки, причесаться, надеть рубашку, но не может её застегнуть, зашнуровать ботинки. IQ – 28.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

4. Пациентка 14 лет страдает грубым отставанием психического развития. Не знает слов, речь состоит из отдельных звуков. Полностью себя не обслуживает – не может самостоятельно одеваться, питаться. Нечистоплотна. Нуждается в постоянном уходе. Подобные расстройства отмечаются с рождения и сочетаются с пороками развития черепа. IQ менее 20.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

5. Девочка 10 лет. Речь аграмматична и косноязычна. Имеет навыки опрятности, самостоятельно ест. Дома стирает, моет посуду. Владеет порядковым счётом, знает отдельные буквы. Стеснительна. Во время беседы с врачом жмётся к матери, отвечает только после её одобрения. IQ – 36.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

6. Мальчик, 12 лет. Ученичий вспомогательной школы. В 2 года перенёс менингоэнцефалит, до этого в психомоторном развитии от сверстников не отставал. В 8 лет пошёл в 1 класс средней школы, но с учебной программой не справлялся. Речь фразовая, пробу из 6-ти цифр выполняет, демонстрирует навыки счёта и письма. Мышление конкретно-образное. Очень слаба способность к отвлечению и обобщению. IQ – 62.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

7. К психологу обратилась учительница второго класса с жалобой на ученицу, девочку 8 лет. По ее словам, ученица в школу ходит нехотя, учится плохо, непослушанна, на уроках постоянно отвлекается, не слушает учителя. Когда надоедают занятия, может встать и ходить по классу. На переменах чрезмерно подвижна, часто дерется, бывает агрессивна. Ярко выраженных интересов или наклонностей нет. В классе занимает лидирующее положение, в совместных играх любит командовать. Из-за низкой успеваемости и неправильного поведения девочки, учительница и завуч начальных классов рекомендовали ее матери обратиться к психологу, однако та этого не

сделала. Ребенок из неполной семьи. Мать занята решением своих проблем, и специально вопросам воспитания дочери не занимается. По отношению к взрослым, которые пытаются ее воспитывать, девочка проявляет бурные негативные реакции, грубит и огрызается.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

8. Мальчик, 6 лет. Ребенок несамостоятелен, тяжело приспосабливается к новым для него условиям, сильно привязан к маме и в ее отсутствие чувствует себя беспомощным. Посещает ДДУ, но практически каждый день плачет при расставании с матерью. В настоящее время бурно реагирует на необходимость посещать подготовительные занятия перед поступлением в 1 класс. Эмоции бурные, крайне неустойчивые. На первом плане все еще стоят игровые интересы, не проявляет учебной мотивации, заявляет, что «в школу ходить не будет все равно».

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

9. Валерий, 8 лет, с детства рос болезненным ребенком, часто переносил ОРВИ. С 4-летнего возраста страдает хроническим тонзиллитом, с обострениями по несколько раз в год. Легко устает, быстро утомляется, познавательная активность низкая, в школу пошел с 8 лет, учеба интереса не вызывает, любознательности не проявляет. В школу ходит неохотно, радуется, когда по причине болезни остается дома. Много времени проводит у компьютера, друзей мало.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

10. Маша, 7 лет. С 4 летнего возраста страдает бронхиальной астмой, астма гормонозависимая. Маша является единственным ребенком в семье, с детства окружена вниманием и любовью близких, мать девочки в мельчайших подробностях описывает первый приступ бронхиальной астмы, описывает высокую степень тревоги в той ситуации. С тех пор забота о здоровье девочки усилилась. Несмотря на то, что приступы возникают достаточно редко, Маша не посещает детский сад, гуляет только с мамой и бабушкой, для прогулок выбираются «только чистые зоны в городе». Девочка никогда не занималась спортом, потому что «спортивные залы убираются не достаточно тщательно». Дома несколько раз в день проводится влажная уборка помещения, во время которой девочку удаляют из дома. В школе замечаний нет, учится хорошо, но отличается боязливостью, першительностью, несамостоятельностью.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

11. Денис, 7 лет. Родился недоношенным, в анамнезе – кефалогематома. Отличается импульсивностью, взрывчатостью, эмоциональной несдержанностью. Отличается повышенной внушаемостью. Учится плохо, страдает поведением, может наругать учителям, поведение соответствует ситуации только в случае получения удовольствия. С удовольствием играет в компьютерные игры, несколько раз убегал из дома к друзьям, не предупредив родных. Плохо считает, допускает грубые ошибки при выполнении письменных заданий по русскому языку, хотя теоретически правила помнит.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

12. Мальчик, 8 лет. У матери в родах отмечалась слабость родовой деятельности, длительный безводный промежуток, ребенок закричал не сразу, по шкале Апгар - 7 баллов. На протяжении беременности отмечались угрозы прерывания, гипоксия плода. Ребенок с детства отличался распрямленностью в поведении, игры отличались монотонностью и однообразием, стремление к игре возникало чаще в ситуациях, когда необходимы были умственные усилия. С трудом начал читать, читал по слогам, испытывал трудности с письмом и счетом. Для поведения характерны тенденции к дурашливым шуткам, утрата чувства дистанции и такта.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

13. Мальчик, 9 лет. В 4 месяца перенес энтерит, в 4,5 месяца – гематогенный остеомиелит. Наблюдается по поводу рахита, расходящегося косоглазия, отмечались дефекты речи, страдает

частыми головными болями. С 7 лет, после легкой ЧМТ, стал говорить, что у него в голове появилась «система» и «Э-Э-магнит», которые могут «поворачивать круг жизни». Отмечает, что «система» говорит «хорошее»: «ешь..спи..гуляй», а «Э-э-магнит» – «плохое»: «брось камень...ударь». Заметил, что во время беседы его мозг думает за него, так как его мышление управляется кнопками систем. При усилении головных болей наблюдается усиление галлюцинаторных переживаний. Катамнез через 6 месяцев: Переведен на обучение по вспомогательной программе, быстро устает.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

14. Мальчик, 12 лет. Периодически бывает беспокоен, пытается куда-то бежать, периодически возникает непонимание происходящего вокруг. Раннее развитие по возрасту. В 9 лет перенес 2 сотрясения головного мозга. В 11 лет во время драки получил сильный удар по голове. За месяц до первой госпитализации перенес ОРВИ с высокой температурой. Затем стал впадать в дремотное состояние, не понимал, о чем его спрашивают. После выписки через некоторое время на фоне головных болей вновь возникали дремотные состояния, нежного беспокойства, во время которых начинал плакать. Такое состояние длилось 8-10 дней. Затем все прошло и смог вернуться к учебе. Затем во время игры в футбол получил удар в голову мячом, через 2 дня стал дезориентированным в месте и времени, говорил, что «плохо голове», пытался куда-то бежать, был тревожен. Подобное состояние длится не более 20 минут. После выписки через 25 дней повторилось похожее состояние. Катамнез через 6 месяцев: здоров. Учится в школе, эмоционален.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

15. Больной Р., 10 лет, поступил в стационар впервые для определения в интернат (мать умерла от онкозаболевания). Роды, беременность у матери без патологии. До 1,5 лет развивался по возрасту. В 4 года перенес ЧМТ (упал с крыши сарая на даче), долгое время был вялым, совершал червеобразные движения одной рукой. Вскоре после этого стал отставать в развитии, утратил ранее приобретенные навыки, перестал разваривать. В течении дня лежит в кровати, временами аутоагрессивен – начинает бить себя по голове. Ест с ложки.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

16. Девочка, 10 лет. Жалуется на неприятный «голос» в голове, снижение успеваемости. Раннее развитие хорошее, в школу пошла с 7 лет, училась хорошо. В 8 лет стала жаловаться на неприятные ощущения в правом ухе, говорила, что слышит «щелчки и шипение». Был выявлен кистозный арахноидит, лечилась у невролога. За полгода до обращения к психиатру стала постоянно гладить волосы над правым ухом. Стала слышать голос незнакомого мужчины, который приказал «повиснуть вниз головой...нажимать на стену...трогать волосы». Интеллектуально сохращна. Говорит, что понимает, что в принципе этого не может быть, но когда «голос» возникает, то верит, что он есть. Катамнез через год: Психических явлений нет. Учится в школе. Устает при выполнении домашних заданий.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

17. Мальчик, 11 лет. Ранее развитие по возрасту. В школу пошел с 8 лет, был неаккуратен при выполнении домашних заданий. В 9-летнем возрасте после перенесенного острого респираторного заболевания наблюдалось состояние, когда стал ворчливым, периодически пазывал себя некрасивым, жаловался на ночные кошмары, казалось, что он становится «маленьким-маленьким». Стал отказываться от просмотра телевизора, прогулок, требовал оставить его в покое, жаловался на головные боли, почти ежедневно отмечались носовые кровотечения, усилился энурез.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

18. Больная Ф., 11 лет. Введение АКДС в назначенные сроки было пропущено. Впервые прививка коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины была осуществлена в 3,4 года. В дальнейшем стал

резко отставать в развитии, пошла к 6-ти годам, речь невнятная, бедная. В последнее время двигательно расторможена, размахивает руками, издает различные громкие звуки. Не выполняет простых инструкций, может самостоятельно ходить, есть. Постоянно живет в интернате, выходные проводит дома.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

19. Девочка, 8 лет. В 4 месяца после прививки ассоциированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины впервые было отмечено появление первых судорожных припадков (до 10 в день). В дальнейшем стала резко отставать в развитии, пошла к 6 годам, речь так и не появилась. Регистрируются редкие дневные большие судорожные припадки, частые ночные судорожные припадки. Периодически бывает психомоторно возбуждена, агрессивна в адрес окружающих.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

20. Пациент, 11 лет. Развивался нормально, рос послушным общительным ребенком. В 7-летнем возрасте перенес грипп с высокой температурой и длительным бессознательным состоянием. Вскоре после выздоровления получил черепно-мозговую травму с потерей сознания около 1 часа. После этих заболеваний стал неуживчивым, драчливым, возбудимым. Учился удовлетворительно, постоянно нарушает дисциплину.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

21. Мальчик, 12 лет. Раннее развитие без особенностей. В 3 года впервые отмечены 2 судорожных припадка, периодически возникали ночные страхи, вскакивал по ночам, кричал, утром ничего не помнил. В дальнейшем припадки повторялись с периодичностью до 2-3 раз в месяц. В возрасте 10 лет стали возникать расстройства настроения с выраженной агрессией: метался по комнате, рвал на себе белье, бил посуду. Интеллектуально соответствует норме. Выявляется замедленность мышления, недостаточный запас слов, сужение круга интересов.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

22. Девочка, 10 лет, ученица 3-го класса общеобразовательной школы, страдает нарушением слуха. Девочка проявляет недоверие к новым людям, проявляет тревожность и даже враждебность по отношению к взрослым, испытывает эмоциональное напряжение в играх с одноклассниками. Иногда уходит с урока, отпрашившись в туалет, но не возвращается на него. Учиться старается, дети в классе к ней относятся толерантно, стараются помочь при выполнении домашних заданий, придут на бумаге то, что девочка не может воспринять слухозрительно.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

23. Девочка, 9 лет, страдает детским церебральным параличом, отмечаются явления тетрапареза. Девочка обслуживает себя самостоятельно, может читать, писать, учится в общеобразовательной школе. У девочки отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Она с трудом сосредотачивается на задании, быстро становится вялой и раздражительной.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

24. Мальчик, 12 лет. В апамнезе: колебания настроения у матери. Мальчик рож общительным, активным, хорошо учился. За 2 месяца до госпитализации, на отдыхе в лагере, стал грустным, перестал участвовать в общих мероприятиях, плохо спал, думал о том, что его дела в школе плохи, что ему не справиться с изучением немецкого языка, «жгло в груди», думал, что не сможет стать матери помощником из-за «проблем в школе».

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

25. Мальчик 11 лет внезапно стал возбужденным, воистественно настроенным, стал много говорить, перестал спать. Через 3 недели такого состояния мать обратилась к психиатру. В стационаре

мальчик пел, громко говорил, цитировал классиков, к ответам прибавлял прибаутки, охрип, рифмовал, повторял слова собеседника, переставляя их и делая комические ударения и жесты. В палате предлагает сыграть с ним в шахматы, но партию не заканчивает, переключается на карты.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

26. Дима, 11 лет. Раннее развитие без особенностей. Психически заболел остро, в 11-летнем возрасте, когда после драки со сверстником, неадекватно тяжело стал переживать этот эпизод, стал плаксивым, снизилось настроение, спрашивал, не умрет ли он, ощущал недостаток воздуха, не мог уснуть. Через 4 дня состояние изменилось, стал возбужденным, воинственно настроенным, агрессивность сочеталась с веселостью, много говорил, перестал спать.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

27. Больная, 11 лет. Украла крупную сумму денег у родителей, сообщила, что часть суммы потратила на покупку «билетов в другие города», оставшее раздала прохожим – «это были прекрасные люди». Была оживлена, без умолку болтала, взахлеб рассказывала, что собирается ехать в крутосветное путешествие. Кокетничала с учителем физкультуры, говорила, что «явно влюблена» в него. Внимание на теме разговора сосредоточить не может, считает, что закончит школу раньше всех, что выучит «кучу языков», в игровой комнате постоянно танцует, поет.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

28. Мальчик, 12 лет. Поступил в стационар в связи с резким снижением настроения, суицидальной попыткой (самоповешение). В движениях заторможен, молчалив. Настроение резко снижено, считает, что жить «больше незначет», «все равно – жизнь сплошная цепь ошибок». Сообщил, что родители в прошлом правильно ругали его за мелкие провинности, хотя «не такие уж они и мелкие, например, я мусор не выбросил». Отказывается от еды, чтобы «не объедать других детей». Не может заснуть около 2 часов, просыпается в 4-5 часов утра, сон отдыха не приносит, с утра настроение гораздо хуже.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

29. Девочка, 12 лет. Родилась от 2 беременности, срочных родов. Внезапно изменилась в поведении. Стала дерзкой, была излишне веселой, похлопала учителя по щеке, спросила при этом: «как дела, дружище»? Сказала матери, что за ней следят наркоманы, считала, что ночью ей сделали укол в вену, поэтому она «стала такой беснечной и быстрой». В школе не могла усидеть на уроке, векакивала, вертелась, громко пела, бросала учебники, говорили, что «надо веселиться, а не киснуть над бумагами». Просыпается в 4 утра, аппетит повышен, пытается забирать еду с чужих тарелок.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

30. Илья М., 4 года. Всегда был беспокоен, много кричал и плакал, очень боялся работающих пылесоса и стиральной машины. На руки не тянулся, а взятый – оставался пассивным, не лезул, не обнимал, «был мягким». С 8 месяцев начал раскачиваться, сидя в кровати. Сел в 7-8 месяцев, самостоятельно пошел в 14 мес. Ходил на цыпочках и вирипрыжку, «его как будто ветром носило», часто падал. Всегда неловок. Первые слова появились к 14-15 месяцам: элементарная фразовая речь – к 4 годам. Долго не выговаривал шипящие, пропускал звуки «р» и «л», «отдельные звуки не сливались и необычно четко выделялись в слове». Очень любил и любит звучные слова «трактор, экскаватор, сервант, мисклерон, Белоостров». Подолгу и с явным удовольствием повторяет их. Однако речью как средством общения практически не пользуется. Навыки опрятности с 2,5 лет. Сам не ест, не одевается. Детские учреждения не посещал. Подозрения о неблагополучии оформились у матери к концу 3-го года его жизни в связи с задержкой развития речи и «необычным, странным, не как у всех», поведением. Выражение лица всегда одинаковое – удивленно-задумчивое, с чуть приоткрытым ртом. Моторно неловок.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

31. Даниил К., 3,5 года. Первые слова произнес в начале 2-го года жизни, эхололическая образная речь с 3,5 лет, самостоятельная - с 4 лет. К 4 годам считал до 20, знал наизусть много стихов и сказок, но не пересказывал их по просьбе. При ходьбе ставит ноги широко и на носок, высоко поднимает колени, туловище напряжено и устремлено вперед, руки чуть вытянуты и расставлены, содружественная моторика недостаточна, - такое впечатление, что он идет не по полу, а по тонкому бревну над пропастью. Возбудим, раздражителен и капризен. Отвергает любую ручную работу. Во время еды почти не жует, часто не пользуется руками. Подолгу играет с одним предметом - паровозиком, кухонной утварью, ключами, водит их перед глазами, облизывает. Строит из кубиков поезд и часами разглядывает его с разных сторон. Рисовать не умеет, получающиеся каракули называет паровозиком. Любимое занятие - смотреть на поезда, часто тянет мать на станцию и может находиться там часами. Детей не замечает и не интересуется ими. Долго боялся пылесоса. Бойлся всего нового.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

32. Владимир Р., 5 лет. Первые слова - до года, фразы - на 2-м году. Сразу обратил на себя внимание характер речи: к окружающим почти не обращался, беспечно повторял когда-то слышанное, эхολалировал обращение к нему, речь была монотонной. К 5 годам начал называть себя «я», но еще к 7 годам часто называл себя «ты» или «он». Употребление «да» и «нет» непостоянно. Рано выявился хороший музыкальный слух. К 3,5-4 годам без посторонней помощи научился читать, писать и считать. К общению не стремится, людей игнорирует. Игрушками не играл и не играет, предпочитая длительное беспечное верчение в руках гаек, веревочек, ключей. Иногда механически складывает кубики. Поведение практически неуправляемо. С тех пор, как научился считать, постоянным «ритуалом» стало вычисление стоимости принесенных родителями покупок. При наказании и осуждении говорит, что хочет быть хорошим. В состоянии раздражения бьет себя по голове. К происходящему вокруг внешне равнодушен. Однако малейшая перемена в его вещах вызывает бурные протесты в форме возбуждения.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

33. Мальчик, 8 лет. Поступил в стационар в связи с отгороженностью, периодами психомоторного возбуждения. С 6-7 месяцев родные заметили, что мальчик холоден и безразличен к ласкам. Развивался по возрасту, с 9 месяцев наблюдались различные страхи: звуки пылесоса, других бытовых приборов, лесен, в которых звучали женские голоса. Фразовая речь с 2х лет. В 2 года и 2 месяца знал много стихов, механически их декламировал. Никак не обращался к матери. После 3х летнего возраста в себе говорил во 2-м и 3-м лице. Контакт с детьми избегал.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

34. Юрий, 5 лет. С 2 месяцев боялся игрушек, а потом - до 3 лет - игрушек и изображений с большими глазами. Долго не употреблял слово «мама», затем называл им и мать, и отца. К 4 годам появились правильно используемое слово «папа» и местоимения 2-го и 3-го лица, которыми обозначал себя. Лишь затем под давлением родителей отмечены первые попытки пользоваться словом «я». Словами «да» и «нет» к моменту обращения только начинает пользоваться. С начала фразовой речи отмечаются отставленные эхολалии. В 3-4 года слова «сульфат аммония» приводили его в состояние экстатического восторга, и он их без конца повторял. Речь замедлена, невнятна, мало интонирована и модулирована. Вопросов не задает. Хорошая механическая память. В лицо не смотрит и плохо узнает людей. Движения медлительны, недостаточно координированы. Ручная моторика также недостаточна. С 2,5 лет подолгу и быстро бегает перед предметами, «чтобы в глазах мелькало». С 4 лет начал «подкидывать» руки (родители называют это «хлопаньем крыльями крылышками»).

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинко-патологической классификации.

35. Ребенок 3 лет плачет, когда в дом приходят незнакомые ему ранее люди. Пытается спрятаться за спину родителей, в шкафу, под кроватью, плачет, когда с ним пытались заговорить, пытается лягнуть или укусить.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

36. Ребенок 6 лет плачет, не отпускает от себя мать, заявляет, что она попадет под машину, умрет, не найдет дорогу домой.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

37. Ребенок 5 лет отказывается выходить на улицу, потому что слышал за окном лай собак. Находясь на улице, становится тревожным, не отходит от матери, при виде собаки, даже на поводке, виснет на матери, плачет, громко кричит, стремится на руки.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

38. Девочка, 11 лет напряжена, подозрительна, подолгу рассматривает, раскладывая на края тарелки находящиеся в супе картофель, морковь, вермишель, просматривает «на свет» жидкую часть супа, разминает кубочки каши, мяса, потом резко отодвигает тарелку и отказывается есть, т.к. чувствует по запаху и вкусу, что в пище «отравы». «Голоса» предупредили её, «что жизнь» под угрозой, что для верности её «облучают». Замечает, что окружающие ведут игру: «улыбаются», «говорят приятности», чтобы усыпить бдительность.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

39. Мальчик 9 лет заявляет, что его преследует мафия. Постоянно «рядом крутятся "крутые"», лица «злые», «смотрят с угрозой». «Куда ни пойду - они на машинах сзади». «Наверное, хотят взять меня в заложники, чтобы запросить выкуп». Почти не выходит из дома, занавешивает окна, запирает двери на все задвижки, постоянно в напряжении прислушивается к малейшему шороху за дверью. Говорит шепотом, опасается, что в доме спрятаны подслушивающие устройства.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

40. Мальчик, 9 лет. С 7 лет налетает с кулаками на родных, друзей, если они «не исполняют его приказов», стал жестоко избивать сверстников, требовал полного подчинения к себе. В школе не подчинялся режиму, во время уроков свистел, демонстративно уходил из класса, во дворе хвастался, что «всех учителей держит в кулаке».

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

41. Девочка, 13 лет. С детства привыкла командовать, любимая игра была игра в капитаны, где капитаном была девочка, а родители и бабушка были матросами. В 6-ти летнем после бурной ссоры (родители купили одинаковые куклы пациентке и ее подруге) пыталась броситься под машину.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

42. Ребенок 4 лет после рождения младшего брата стал плохо спать ночами, отказывался спать в своей кровати, перестал контролировать функцию мочевого пузыря.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

43. Больная В., 12 лет. Больна психическим заболеванием с 4 лет. В настоящее время находится в стационаре. Ни с кем не разговаривает, пуглива, отказывается от еды, разбила тарелку, лежит в постели, согнув ноги в коленях, тонус мышц повышен. Беспричинно смеется, выкрикивает одни и те же слова: «сун», «миску... конек...». Парамимична: во время смеха плачет.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

44. Соня, 9 лет, поступила в стационар впервые с нарастающими трудностями в общении с окружающими, грубостью по отношению к родным и одноклассникам, срывает занятия нелепым смехом на уроках. Рассказала о своем «педальном воспоминании», когда «вспомнила», что «будучи новорожденной, видела мать, держащую ее на руках, отца, церквушку с крестом, который превратился в звездочку». Свой периодический и нелепый смех объясняет тем, что сочиняет «в голове» неприличные истории про одноклассников, про «ребенка, который сошел с ума, у него выросли рога и он получил двойку». Сообщила, что полгода назад впервые услышала голос ангела из угла квартиры, который ей «странным, ни мужским, ни женским голосом, эхом повторял ее мысли».

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

45. Пациентка, 11 лет. Многоречива, то плачет, то смеется. Говорит, что всего боится, рассказала, что против ее воли «в фантазиях появляется белокурый мальчик». Утверждает, что теперь не может управлять своими фантазиями, «словно в голове и вокруг и вижу каких-то людей, они глумятся». Говорит, что «я представила себе слона, а теперь он не хочет уходить, слон – это глумеация, можно сказать – и хлумеация», «я представила себе певца Биана, он тоже больше исчезает и играет на мясорубке». Отказывается подходить к одной из кроватей в палате, потому что у «нее ужасная и страшная спинка». Боялась оконного стекла, никак не могла объяснить причину страха.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

46. Мальчик, 12 лет. В 7 лет появились частые приступы психомоторного возбуждения, агрессия в адрес бабушки и сестры. Стал утверждать, что он общался с Бабой-Ягой, что сам он – сказочный богатырь. В классе прыгал по партам, изображал себя на коне. Стал бегать на четвереньках, лаял, мяукал. На вопросы отвечал не сразу, после неоднократного задаваемого вопроса. Рассказал, что он – «кот, который умеет лаять». Пытался облизывать врачей, терся о ноги окружающих. Сообщал, что видел из палаты, как по коридору «летела уборщица с пылесосом», а рядом летел его друг – «сила воли». Отказывался отзываться на свое имя, говорил, что «он – кот, а не Сергей», старался бросить еду на пол. Эмоционально холоден, временами злобен.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

47. Больной 11 лет, с детства был тревожным, робким, застенчивым, стеснительным. Терялся при ответах на уроках, не мог постоять за себя, высказать собственное мнение. При необходимости принятия какого-либо решения был нерешителен, неуверен в себе, теряется у доски. Чтобы облегчить свое состояние на протяжении полугода начал выдергивать у себя брови и ресницы, волосы на голове, на улице старается не наступать на трещины в асфальте, ходит только по правой стороне улицы.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

48. Мальчик, 12 лет, всегда был робким, боязливым, застенчивым, ранимым. Легко истощается, утомляется, не переносит жару, душные помещения, часто испытывает сердцебиение, потливость, головокружение, теряет в новой обстановке.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

49. Мальчик, 3,5 года. Внезапно появились нелепости в поведении, стал плясать на улице, перестал общаться с детьми, не ел за столом вместе с семьей, смотрел на близких с подозрением, застывал в странных и нелепых позах, хохотал без причины. Родственникам казалось, что мальчик к чему-то прислушивается. Утратил приобретенные навыки самообслуживания. Отмечалась импульсивная агрессия, царапает себе лицо, может ударить другого человека, рвет постельное белье.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

50. Мальчик, 9 лет. Дурашлив, раздражителен. Все свободное время проводит, составляя меню и списки продуктов питания. Рассказывает о собственных придуманных классификациях продуктов. Отказывается носить буквы «ж» и «ч» без причины. Часто размышляет на тему туалетов, говорит, что туалеты сняться по ночам, сочинил стихи: «умывалка прожила не столько лет, а за ней встречался туалет». Рисует странные схемы устройства туалетов, взаимодействия продуктов между собой.

а. Какой тип психического дизонтогенеза наблюдается у пациента?

б. Квалифицируйте расстройство с учетом клинико-патологической классификации.

51. Елена, 16 лет, стремится практически ежедневно вступать в половую связь с малознакомыми мужчинами, при этом больше 2-3 встреч с одним и тем же мужчиной избегает, стремится постоянно менять партнеров, которых ищет «везде». Отрицает получение полового удовольствия.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

52. Катя, 15 лет, жалоб не предъявляет, заявляет, что у нее все хорошо, но не отрицает, что «стала весить меньше, чем раньше». Около года назад поняла, что для того, чтобы быть красивой, необходимо есть здоровую пищу. Увлелась раздельным питанием, около полугода назад добавила вегетарианство, а через 2-3 недели к вышеуказанному присоединилось сыроедение. Осознала, что теряет вес, что прекратились менструации, но испытывала удовольствие от распросов одноклассниц о ее диетах, испытывала удовольствие, что «проявила железную волю». Похудела за 1 год с 72 кг до 40 кг. В настоящее время употребляет ежедневно горсть орехов, батончик мюсли, стакан натурального йогурта, стакан воды и 1 грейпфрут.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

53. Сергей 13 лет, воспитывается в интернате. Характеризуется как агрессивный, неуравновешенный, дерзкий ребенок. Ночью может чиркнуть зажигалкой перед лицом спящего ребенка, укусить за ухо, намазать зубной пастой спящему глаз, ударить. На уроке может запеть, грубит учителям, пропускает уроки, на замечания отвечает грубостью. Постоянно нарушает дисциплину, пензенно бранится, наблюдаются самовольные уходы из интерната, может вернуться в алкогольном опьянении, драчлив.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

54. Сергей 13 лет, воспитывается в интернате. Характеризуется как агрессивный, неуравновешенный, дерзкий ребенок. Часто нарушает дисциплину, грубит учителям, пропускает занятия в школе. Последний год часто приходит в интернат в состоянии алкогольного опьянения, предпочитает пиво и «топки», частота употребления спиртного до 2-3 раз в неделю, курит.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

55. Андрей, 16 лет предъявляет жалобы на головокружение, ощущения дежа-вю, психосенсорные расстройства: ощущение, что пространство «то приближается, то удаляется». Отмечает такое состояние последние 3 месяца, связывает это с отменой наркотических препаратов. С 13 лет вдыхал пары бензина, через год по совету друзей стал употреблять «безопасный» метадон. С 15 лет перешел на героин, внутривенно в дозе 0,5 мл раствора.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

56. Алена, 17 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом и наркоманией родителей, 4-ый ребенок в семье. В 8 лет убежала из дома, причиной побега называет сексуальные домогательства со стороны отца, мать покинула с собой, выпив уксусную кислоту. С 9 лет стала пить

отстоявшийся клей, начала «кушать колесики», надевала на голову пакет и дышала дихлофосом. В 15 лет добавила алкоголь. В настоящее время постоянно алкоголизируется, 1-2 раза в месяц дышит парами бензина, лаков. Выражено интеллектуально-мнестическое снижение, в поведении дурашлива, писать и читать не умеет.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

57. Настя, 16 лет. Родилась в неблагополучной семье, родилась преждевременно, мать во время беременности употребляла героин. Развивалась со значительным отставанием, в возрасте 3х месяцев была изъята из семьи и помещена в дом малютки с выраженной гипотрофией. Часто совершала побег, бродяжничала, воровала мелкие вещи у прохожих. С 14 лет постоянно сожигает газеты с гастробойтерами.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

58. Вадим, 11 лет. Родился в срок, наследственность отягощена алкоголизмом матери. До 1,5 лет жил в интернате, затем был возвращен в семью. С 7 лет стал бродяжничать, собирал окурки и спички, поджигал и шокал огонь. В 9 лет с друзьями разбил стекло в квартире и украл велосипед, продукты. На несколько дней пропадал из дома, слонялся среди нетрезвых людей, выпрашивая спиртное. Совершает мелкие правонарушения исподтишка разной степени тяжести: поджигает звонки в подъездах, кнопки в лифте, разбивает стекла, царапает машины, избивает младших, отрицая свою вину: «я выставил руку и он упал».

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

59. Ольга, 15 лет. Обратилась с жалобами на нежелание жить, опущение собственной никчемности и ненужности. Мысли о самоубийстве появились несколько дней назад, после того как «переполнилась чаша терпения», поняла, что в жизни все плохо и ничего хорошего не произойдет. С суицидальной целью приняла 50 таблеток по-шпы, через 4 часа была найдена в бессознательном состоянии и госпитализирована в РО.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

60. Костя, 14 лет. С 11 лет увлечен компьютерными играми, родители не беспокоились по этому поводу, потому что «могли заниматься своими делами». На протяжении последнего года стали замечать изменение в поведении подростка. Отмечались эпизоды патологической вовлеченности в игру, когда подросток проводил за игрой несколько часов кряду, при настойчивых просьбах остановиться – раздражался, нервничал, был подавлен. Затем стал играть по 15 часов, не спал ночами, стал тревожиться, что не сдаст экзамены, но вместо того, чтобы прекратить игру, играл с еще большим остервенением, отказывался от еды, пить жидкость, не отрывая глаз от экрана. При угрозе со стороны родителей перерезать провода, стал угрожать, что уйдет из дома или выбросится из окна. После насильственного отключения техники, стал агрессивен, кричал, нецензурно бранился, раскидал мебель, затем затих, обхватил руками голову, не отвечал на вопросы, плакал, через час заснул.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

61. Валерий, 15 лет, единственный сын в семье. Родители занимаются коммерческой деятельностью, часто уезжали в командировки, оставляли сыну заполненный продуктами холодильник, таймер, напоминающий о расписании дня, и задание по реализации товара. Они считали, что такой стиль воспитания должен закалить характер сына, выработать у него самостоятельность. Валерий же не справился с повышенным вниманием к нему родителей,

привлеченных его возможностями, и в какой-то момент, желая произвести благоприятное впечатление на девушку, истратил часть выручки на компьютерные игры, а часть товара — на развлечения друзей. Чувство вины и страх разоблачения привели к конфликту с учителем в школе. Под воздействием страха неминуемого разоблачения Валерий решил оставить дом и перебраться в Москву. В первый же день пребывания в Москве был ограблен, на второй, чтобы заработать на хлеб, сам согласился принять участие в ограблении. Был задержан на вокзале.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

62. Павел, 14 лет, страдает заболеванием щитовидной железы, неоднократно был прооперирован по этому поводу. В семье заболевание Павла было воспринято по механизму отрицания: чувствующие свою ответственность родители Павла отрицали наличие основного заболевания, в связи с отдельными его симптомами обращались к терапевтам, психиатрам, но было решено, что Павлу следует жить так, как живут «все здоровые люди». Даже после того как диагноз уже не вызывал никаких сомнений, Павла отправили на курорт на море, где его состояние резко ухудшилось. Вина за нездоровье возлагалась на самого Павла, на «карму», к лечению привлекались парапсихологи. Летом, в связи с обострением заболевания и отсутствием адекватной терапии, психологические проблемы резко осложнились и привели к тому, что Павел, украв деньги у родителей, совершил побег из дома. Павел, в соответствии с семейной установкой, считал, что за пределами дома он заведомо никому и никогда не будет нужен, решил «увидеть море и умереть». Был спасен пограничным нарядом, когда вскрыл себе вены, ночью вошел в море.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

63. Эдуард, 16 лет, старший из трех детей в семье скульптора. В 13 лет стал дружить по секрету рассказывать, что является побочным сыном известной певицы, которая рано или поздно устроит его жизнь и карьеру в шоу-бизнесе. В библиотеке выбрал произведения в стиле «фэнтези», научную фантастику, книги Рихарда Баха. Интересовался телевизионными программами о НЛО, магии, парапсихологии. Отдал парапсихологам все семейные сбережения в обмен на амулет, «принносящий счастье». После этого сообщил своей подруге, что является роботом — посланцем древнейшей цивилизации со звезд, который многие тысячелетия наблюдает за развитием жизни на Земле. Он только ожидает специального сигнала, после получения которого окажет колоссальное воздействие на историю человечества. И что этот сигнал поступил. В тот же день во время просмотра концерта певицы сообщил своим друзьям, что в следующем году будет выступать в ее шоу и должен немедленно к ней ехать.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

64. Глеб, 15 лет, младший сын в семье тренера по легкой атлетике. В семье привык быть в центре внимания. Отец связывал грациозные планы с будущей спортивной карьерой сына, все события в жизни Глеба оценивались и интерпретировались исключительно в связи с этими планами. С 5—6 лет во всех играх Глеб претендовал только на первые роли. В начальной школе — круглый отличник. В 12 лет впервые получил две «четверки» по итогам учебного года, после чего первый раз ушел из дома. До 14 лет успехи в спорте соответствовали ожиданиям отца. Но когда Глеб проиграл несколько соревнований подряд, он второй раз ушел из дома. После возвращения часто симулировал различные заболевания с целью избежать посещения школы и тренировок. Большой интерес у мальчика вызывало общение со сверстниками. Но и тогда Глеб боролся за внимание к себе и лидерство любой ценой.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

65. Артур, 16 лет. В 16 лет пришел к выводу, что достойная жизненная цель — стать рок-звездой. Третью оценивая музыкальный и художественный уровень большинства исполнителей этой музыки и психологические особенности ее поклонников, Артур выбрал имидж рокера: стал соответствующим образом одеваться, демонстративно употреблять алкоголь, «колеса», «транку», регулярно тусоваться. Сперетникам рассказывал фантастические истории о своих неформальных взаимоотношениях со знаменитостями, во время концертов давал понять своим друзьям, что со сцены ему посылаются особые знаки и сигналы. Привлекая в свою группировку конформных и неустойчивых подростков из обеспеченных семей, Артур постоянно проводил сбор средств на приобретение музыкальных инструментов и аренду (в будущем) респектибельного помещения. Решено все собранные средства использовались на приобретение алкоголя и наркотиков для членов группы. При этом развивались ритуальные формы употребления наркотиков, связанные с хоровым произнесением взаимных клятв и сочиняемых Глебом текстов.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

66. Ольга 15 лет, старшая, приемная дочь в семье водителя. Приемная мать долго лечилась от бесплодия и 9 лет спустя после удочерения Ольги родила собственного ребенка. Отношение к Ольге не ухудшилось, однако она сама во всем стала искать признаки охлаждения. До ухода из дома Ольга предполагала учиться в одном из экономических вузов, в клинике меняла жизненные планы по несколько раз в день: от проституции до политической деятельности, от розничной торговли на рынке до поступления на военную службу.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

67. Вероника, 12 лет. Воспитывается матерью и бабушкой, отец никогда не жил с дочерью, имеет свою семью. Отношения с семьей отца хорошие, регулярно навещает отца, возвращается с подарками и деньгами. С 10 лет с компанией девочек стали воровать в магазинах. Воруя в больших гипермаркетах, ворует исключительно одежду. С ворованной одеждой обменивается с девочками, с удовольствием носит ее. Мать замечала, что у дочери появляется много новых вещей, но Вероника объясняла это тем, что отец дает ей деньги на одежду. Неоднократно задерживались службой охраны магазина, но «мы же малолетки, начинали плакать и нас отпускали, или мы убегали». Вместе с девочками выбрали несколько точек, где «нет свистящих проходов или где легко оторвать защитную пломбу». В поле зрения психолога попала после неудачной кражи, когда администрация магазина сообщила обо всем матери и было написано заявление в милицию. Вероника о происходящем рассказывает с удовольствием, преувеличивает свою лидерскую роль в осуществлении краж, задержанием не напугана, не испытывает стыда, уверена, что «это не преступление, родители выручат меня».

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

68. Мальчику 14 лет, единственный сын в семье предпринимателя, мать — домохозяйка. Перед поступлением в клинику совершил с фанатами «Спартака» путешествие на электричках в Сочи, во время которого был избит и ограблен. После возвращения в Москву около полутора месяцев жил на чердаках и вокзалах. Сформировал образ идеального прошлого на основании воспоминаний о каникулах, проведенных у бабушки на Украине. Рядом с идеальными образами бабушки и дедушки оказались идеализированные образы товарищей по играм в это время: «это единственные люди, которые меня никогда не предадут и на которых я могу положиться». Интерес к жизни у Виталия был связан исключительно с мыслью о том, что рано или поздно он доберется до Украины.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

69. Роману 15 лет, средний из трех сыновей предпринимателя. Мать — домохозяйка. До поступления в клинику отбывал наказание, после возвращения домой не смог адаптироваться к домашней жизни и естественным условиям, совершил побег в Москву с целью «занять достойное место среди авторитетных людей». Крайне циничен во всем и по отношению ко всем, однако в наиболее трудный для себя момент вдохновенно рассказывал о чудесном времени, когда 5 года тому назад он ловил рыбу на берегу маленькой реки.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

70. Алексей, 11 лет. Родился от первой беременности, осложненной пиелонефритом и токсикозом 1-2 половины, роды срочные. Раннее развитие соответствует возрасту, в детском возрасте был непоседливым ребенком, постоянно выдергивал нитки отовсюду и засовывал их в рот, мог поест из миски собаки. С 1 года до 1,5 лет воспитывался в доме-интернате, мать временно поместила туда сына в связи с тем, что должна была закончить обучение в медучилище в другом городе. После возвращения в семью, ребенок демонстративно стал падать на пол, появилась склонность к лжи, стремился к общению со старшими ребятами. Пошел в школу в 7 лет, с программой класса справляется с трудом, часто прогуливал уроки: «закапывал рашец в снег и шел гулять». Вместо уроков лазал по катерам в речном порту, дразнил нетрезвых людей в своем микроавтобусе. В 11 лет украл у соседа бутылку водки, которую распил с друзьями, водку предложил «законхивать мылом и заедать зубной пастой».

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

71. Дима, 12 лет. С 5 лет воспитывался в неполной семье (отец был убит при невыясненных обстоятельствах, одной из подозреваемых в смерти была мать мальчика). Посещает школу неохотно, часто пропускает уроки, несколько раз убежал из дома, по несколько дней прятался в заброшенном доме, ворует продукты на рынках и в магазинах, попрошайничает деньги на улице и в транспорте, курит с 5 лет. С 10 лет периодически употребляет алкоголь, надевает на голову накет и вдыхает пары лаков, красок, дихлофоса. Однажды в состоянии опьянения лаякнулся на дворника с пожом, склонил его к половой близости. Через некоторое время вырвал сумку у пожилой женщины, в которой было 9000 рублей. От рассматривающих его сотрудников полиции убежал, был обнаружен в теплотрассе. Когда его нашли, мастурбировал.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

72. Яна, 16 лет. Отец страдает алкогольной зависимостью, мать — героиновой. Родилась в нефиксии, находилась на учете у невропатолога с перинатальной энцефалопатией. В детском возрасте «могла часами биться головой об стену», требуя желаемого. Стиль воспитания по типу «золушки». В 14 лет первая проба ЛОВ и алкоголя. Через 7 месяцев после употребления ЛОВ появились симптомы абстиненции в виде дисфории, нарушения сна, интеллектуальной тупости. Пристрастие к ЛОВ резко ускорило формирование симптомов зависимости от алкоголя. Увеличилась толерантность к алкоголю, стала отдавать предпочтение крепким спиртным напиткам, появилось внегрупповое употребление.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

73. Елена, 15 лет. В школу пошла в 7 лет, до третьего класса училась хорошо. Успеваемость резко упала, когда увидела висящего в петле отца (покончил с собой будучи в очередном запое). Успеваемость продолжала снижаться, стыдилась пьянства матери. В 13 лет начала прогуливать уроки, стыдилась пьяной матери, конфликтовала с учителями. В 15 лет совершила нервную кражу, осуждена условно.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

74. Ольга, 16 лет. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. В школу пошла в 7 лет, до 12 лет училась на «хорошо». Затем стала презентовать себя как убежденного «панка» - одежда с искусственными дырами и цепями, «триндерсы», пирсинг, нестандартно подстрижены и выкрашены волосы, использует сленг. Периодически, на фоне бытовых конфликтов (замечания со стороны матери, учителей итд) дает сильнейшие аффективные реакции с рыданиями, причитаниями «Меня никто не любит» и аутоагрессией в виде нанесения острым предметом царапин на предплечье.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

75. Юля, 14 лет. Охотно и без стеснения рассказывает о своих сексуальных похождениях, злиться, проявляет вербальную агрессию, если разговор заходит о чувствах, эмоциях, анализе поведения.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

76. Мать обратила внимание на то, что ее сын 13 лет стал плохо спать, стал болтливым, раздражительным, импульсивным, не мог усидеть за уроками, зато появилось много новых друзей, увлечений. Добродушно поучал кого-то, что-то рассказывал, остроумно поддемеивался над окружающими, стремился в школу, заявлял, что все освоит, не надо терять времени. Стал уделять внимание своему внешнему виду: волосы тщательно зачесывал, смачивал челку, из карманчика торчал уголок носового платка, спортивные брюки засучивал, придавая им вид шортов. Речь была ускоренного темпа, но казалась логичной.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

77. Валерий, 12 лет. В анамнезе: колебания настроения у матери. Мальчик рос общительным, активным, хорошо учился. За 2 месяца до госпитализации, на отдыхе в лагере, стал грустным, перестал участвовать в общих мероприятиях, плохо спал, думал о том, что его дела в школе плохи, что ему не справиться с изучением немецкого языка, «жгло в груди», думал, что не сможет стать матери помощником из-за «проблем в школе».

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

78. Больная А., 15 лет. Настоящее ухудшение психического состояния в апреле: практически не спала, сильно похудела, появилась раздражительность, речевое и двигательное беспокойство: громко говорила, была многоречивой, шутила, смеялась, делилась разнообразными планами: «буду балериной, художницей, ученым, выйду замуж за 3 мужчин», много времени проводила перед зеркалом, стало вульгарно одеваться. Конфликтовала с близкими, окружающими. Так, например, в супермаркете затеяла драку, потому что продавщица на кассе «веле шевелилась». В другой раз, в магазине накричала на покупательницу, которая, по мнению пациентки, слишком медленно расплачивалась за покупки. Пациентка «швырнула деньги кассиру за покупки и скомандовала перестать считать свои копейки». Эпизоды раздражительности непродолжительны, парит веселый фон настроения. Часто дарила окружающим на улице цветы.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

79. Больной В., 13 лет. В возрасте 12 лет, весной, без видимого повода неожиданно стал презмерно подвижным, оживленным, часто улыбался. Решил в школе «сдать все экзамены сразу, за все годы». Стал уходить из дома, иногда, когда поздно возвращался домой, мать ощущала запах алкоголя. Стал увлекаться экстремальными видами спорта, много времени проводил, катаясь на

скейтборде, велосипеде. Не сомневался в возможности закончить школу раньше, хотя не готовился вообще к занятиям, перебивал учителей, не давал возможности вести занятия, не держал дистанцию.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

80. Большой 15 лет, с детства был робким, застенчивым, стеснительным. Терялся при ответах на уроках, сторонился одноклассников, друзей и товарищей не имел. Не мог постоять за себя, высказать собственное мнение. При необходимости принятия какого-либо решения был нерешителен, неуверен в себе.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

81. Девочка, 13 лет. С детства привыкла командовать, любимая игра была игра в капитаны, где капитаном была девочка, а родители и бабушки были матросами. В 6-ти летнем после бурной ссоры (родители купили одинаковые куклы пациентке и ее подруге) пыталась броситься под машину.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

82. Мальчик, 13 лет. С 7 лет налетает с кулаками на родных, друзей, если они «не исполняют его приказов», стал жестоко избивать сверстников, требовал полного подчинения к себе. В школе не подчинялся режиму, во время уроков саптел, демонстративно уходил из класса, во дворе хвастался, что «всех учителей держит в кулаке».

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

83. Дима, 13 лет. Раннее развитие без особенностей. Всегда был тихим, застенчивым подростком, часто становился объектом насмешек в школе. Однажды во время драки, обороняясь от обидчиков, ударил мальчика по голове, обидчик пострадал не сильно, к Диме не было претензий ни от учителей, ни от родителей обидчиков. Однако сам Дима стал неадекватно тяжело переживать этот эпизод, стал плаксивым, снизилось настроение, спрашивал, не умрет ли он, ощущал недостаток воздуха, не мог уснуть.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

84. Пациентка 16 лет. Окончила школу с «золотой медалью». Активная, целеустремлённая. Последнее время появилось недовольство своим внешним видом. Решила похудеть, несмотря на то, что никогда не страдала избыточным весом. Придерживалась различных диет, но эффектом от диет оставалась недовольной. За несколько месяцев похудела на 30 кг. Последние несколько недель в день съедает ложку гречневой каши. Попытки накормить со стороны матери оставались безуспешными: съез пищу под присмотром матери, старалась как можно скорее вызвать рвоту.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

85. Алексей И., 16 лет. Родился от беременности, которая протекала с тяжелым токсикозом. В раннем детстве отставал в развитии, фразовая речь появилась только в 6 лет. По словам матери, "рос дикарем", менюватым и неловким. С 3 лет любил убегать на помойки, где копался в отбросах и таскал их домой. С 15 лет стал совершать дальние побегы на юг. Рассказал, что желание убежать возникает у него внезапно — вечером появляется, утром уже должен пуститься в бегство, иначе будет "непереносимая скука" и какое-то беспокойство. Делает вид, что собирается на работу, а сам уже готовится убежать. Для поездок крадет деньги у родных. Через две-три

недели и какой-то день появляется внезапное желание вернуться домой — возвращается самостоятельно или шлет телеграмму родным, чтобы выслали денег на дорогу. О побеггах говорит со смущением, оценивает их, как что-то ненормальное, просит его лечить. Квалифицируйте состояние.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

86. Саша, 15 лет. Поссорился с любимой девочкой. Вернувшись домой, закрылся в ванной комнате, набрал ванну горячей воды, лёг. бритвой нанес порезы на предплечья обеих рук. Был обнаружен родителями, которые вызвали бригаду СМП. Врачам сказал, что хотел умереть, что не может жить дальше без возлюбленной, не может терпеть невыносимую душевную боль расставания.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

87. Олег К., 16 лет. В школу пошел неохотно, стремился отлынивать от занятий, дублировал 5-й класс. Но, несмотря на прогулы, окончил 8 классов. Поступил в ПТУ, но вскоре бросил ходить на занятия — все время стал проводить в уличных компаниях подростков, часами сидел с приятелями в подъездах, болтал, слушал игру на гитаре, начал выпивать. Домой стал возвращаться поздно. По наущению своих приятелей неоднократно угонял автомашины («покататься») и бросал их где попало.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

88. Больная 16 лет. Впервые заболела год назад, когда резко изменилось настроение. Стала подавленной, тоскливой, тревожной, считала, что глубоко виновата перед своим давно умершим отцом, любила на себе осуждающие взгляды окружающих, как, близких, так и незнакомых людей, которые намекали ей на её вину. Появились мысли, что все осуждают её за «преступление», которое она совершила (отец умер, когда больная была на курорте). Пряталась от окружающих, неделями не выходила на улицу, в голове постоянно присутствовали мысли о самоубийстве, но не было сил это сделать.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

89. Мальчик 14 лет заявляет, что его преследует мафия. Постоянно «рядом крутятся "крутые"», лица «злые», «смотрят с угрозой». «Куда ни пойду - они на машинах следят». «Наверное, хотят взять меня в заложники, чтобы запросить выкуп». Почти не выходит из дома, занавешивает окна, запирает двери на все задвижки, постоянно и напряженно прислушивается к малейшему пороку за дверью. Говорит шепотом, опасается, что в доме спрятаны подслушивающие устройства.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

90. Арсений, 15 лет в последние полгода с интервалом в три месяца перенес два приступа длительностью до недели, во время которых заявлял, что слышит у себя в груди «скрипящий голос», который ему «вставили с помощью аппарата». Одновременно с этим испытывал тоску, подавленность, вялость. Отмечалось снижение аппетита и ухудшение сна.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

91. Больной В. с детства отличался робостью, застенчивостью. В 10 лет неожиданно перестал общаться со сверстниками, не мог спать в тёмной комнате, засыпал при свете, говорил, что в комнате помимо него ещё кто-то находится. В 14 лет стал отказываться от посещения школы, ему

казалось, что на него "все обращают внимание", следят за ним. Говорил, что в лицах людей сквозит подозрительность.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

92. Беременность у матери большого Б. протекала с токсикозом. С 12 лет у Б. отмечаются слабость, вялость, сонливость по утрам. Когда мальчику было 13 лет, умер его дед, к которому Б. был очень привязан. Мальчик тяжело переживал случившееся, две недели не выходил на улицу, плакал, мало ел. Однажды перед сном услышал «голос» деда, который «звал» его.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

93. К врачу обратилась девочка 15 лет, у которой после «серии неприятностей» (конфликт с одноклассниками, ссора с мальчиком) появились различные страхи: боится оставаться одна в комнате, не может ехать в лифте, а когда идет по лестнице, не смотрит на перила, боится переходить улицу, обходит высокие дома, т.к. опасается несчастного случая и т.д. Понимает беспочвенность своих опасений, пытается заставить себя сделать «все как надо», но не может. Просит врача избавить ее от болезненных страхов.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

94. Старшеклассника, который все свои надежды связывал с поступлением в институт, учительница необоснованно назвала на уроке "прогульщиком" и поставила двойку. После этого у подростка снизилось настроение, появилось чувство безысходности, перестал посещать уроки обидевшей его учительницы, постоянно думал, что не сможет теперь поступить в институт. Через неделю написал записку, что не видит выхода из ситуации, и просил, чтобы его не спасали, когда он отравится. Принял 20 таблеток транквилизатора, в связи с чем был госпитализирован в РО.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

95. Девочка 14 лет, с детства всегда любила быть в центре внимания, «быть главной, первой, лучшей». Не терпела соперников, раздражалась, если ей противоречили. В детстве, если что-то не нравилось или «было не по ее желанию» ладала, билась об пол, а, повзрослев, «давала истерики». Отличалась неустойчивостью настроения, склонностью к частой смене симпатий и антипатий в общении с окружающими. Манера поведения характеризуется броскостью, демонстративностью, «игрой на публику». В клинику госпитализирована после того как поссорившись с матерью, выпила 10 таблеток хлорпротиксена, о чем сообщила родным через 6 часов, когда почувствовала сильную сонливость.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

96. Виктор, 17 лет, с детских лет нерешителен, неуверен в себе, склонен к постоянному анализу своих поступков. Прежде чем принимать какое-то решение испытывает мучительные колебания, опасаясь принести какие-либо неудобства окружающим. Склонен к навязчивым сомнениям, опасениям, умственной жвачке по самому незначительному поводу. На протяжении года заметил, что состояние облегчается на фоне приема алкоголя. В связи с чем стал употреблять алкоголь два-три раза в неделю, употребляет около 100 мл водки, испытывает комфортное состояние только в состоянии алкогольного опьянения.

а. Какой тип аномального поведения имеет место?

б. Какие клинические формы девиаций наблюдаются?

в. Какие стратегии и тактики психологического воздействия возможны в данном случае?

ТЕМЫ КУРСОВЫХ РАБОТ

По дисциплине «Нарушения психического развития в детском и подростковом во»

1. Социально-психологическое вмешательство при делинквентном поведении у подростков.
2. Психологическое вмешательство при аддиктивном поведении в подростковом периоде.
3. Социально-психологическое вмешательство при суицидальном поведении подростка.
4. Возрастные особенности подростков, влияющие на формирование суицидального поведения.
5. Особенности кониинг-поведения подростков, совершающих уходы из дома.
6. Формирование самооценки у подростков - воспитанников детских домов и школ-интернатов как важный фактор адаптации в обществе.
7. Взаимосвязь враждебности и кониинг-стратегий у подростков.
8. Ценностные ориентации у подростков, употребляющих наркотики.
9. Агрессия у подростков.
10. Особенности эмоциональной сферы в подростковом возрасте.
11. Характерологические особенности и аномальное поведение у подростков.
12. Принципы формирования и развитие неформальных молодежских объединений.
13. Поведенческие стереотипы подросткового возраста, обуславливающие формирование аномального поведения.
14. Методы коррекции аномалий поведения в подростковом возрасте.
15. Диагностика эмоционально-волевой сферы у подростков.
16. Прогностивные методы в психодиагностике подростков.
17. Пути коррекции интернет-зависимости в подростковом возрасте.
18. Особенности формирования химических зависимостей у подростков.
19. Табакокурение как форма аддиктивного поведения у подростков.
20. Нарушения пищевого поведения у подростков.
21. Особенности эндогенных психических расстройств у подростков.
22. Психодиагностическое обследование подростка с тревожными расстройствами.
23. Сквернословие как антисоциальное явление в подростковой среде.
24. Особенности процесса социализации в «переходный» возраст.
25. Нарушения сексуального поведения при различных нервно-психических заболеваниях.
26. Насилие в семье как фактор, провоцирующий формирование отклоняющегося поведения.
27. Беспорядочность как проявление отклоняющегося поведения.
28. Экстремальные виды спорта как форма аутодеструктивного поведения в подростковой среде.
29. Попрошайничество как форма отклоняющегося поведения.
30. Творчество как вид социально-позитивного отклоняющегося поведения.
31. Молодежная субкультура: позитивные и негативные аспекты.
32. Коррекционно-педагогическая работа с «трудными» детьми и подростками.
33. Конфликт как форма проявления отклоняющегося поведения.
34. Детская и подростковая преступность.
35. Детский и подростковый алкоголизм.

ПРЕДЭКЗАМЕНАЦИОННОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ
по дисциплине «Нарушение психического развития в детском и подростковом
возрасте»

Укажите один или несколько вариантов правильных ответов:

- 1. В рамках психологического подхода Клейнберг выделяет три основные группы поведенческих девиаций:**
 - а) нестандартные, мотивированные, нейтральные;
 - б) стандартные, нестандартные, деструктивные;
 - в) мотивированные, немотивированные, импульсивные;
 - г) характеризующееся повышенным риском самоубийства;

- 2. Фанатическим поведением называют поведение:**
 - а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
 - б) проявляющееся в виде отгороженности от людей и окружающей действительности;
 - в) управляемое чувством собственной грандиозности;
 - г) выступающее в форме приверженности какой-либо идее, взглядам;

- 3. Внешнедеструктивное поведение делится на две следующие группы:**
 - а) конформистское, фанатическое;
 - б) суицидальное, аутистическое;
 - в) аддиктивное, асоциальное;
 - г) аддиктивное, антисоциальное;

- 4. Суицидальным поведением называют поведение:**
 - а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
 - б) проявляющееся в виде отгороженности от людей и окружающей действительности;
 - в) управляемое чувством собственной грандиозности;
 - г) выступающее в форме приверженности какой-либо идее, взглядам;

- 5. Конформистским поведением называют поведение:**
 - а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
 - б) проявляющееся в виде отгороженности от людей и окружающей действительности;
 - в) управляемое чувством собственной грандиозности;
 - г) нищенское индивидуальности и ориентированное на внешние авторитеты;

- 6. Антисоциальным (делинквентным) поведением называется поведение:**
 - а) отклоняющееся от этических и нравственных норм, но не приносящее значительного вреда самой личности и ее окружению;
 - б) характеризующееся школьной и социальной адаптацией;
 - в) отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности;
 - г) противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих людей;

- 7. Аутодеструктивным (саморазрушительным) поведением называется поведение:**
 - а) отклоняющееся от этических и нравственных норм, но не приносящее значительного вреда самой личности и ее окружению;
 - б) характеризующееся школьной и социальной адаптацией;
 - в) отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности;

г) уклоняющееся от выполнения морально-правовых норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений;

8. Концепция аномии была введена социологом:

- а) Т. Парсоном;
- б) Р. Мертоном;
- в) А. Кетле;
- г) Э. Дюркгеймом;

9. Мертон выделял все перечисленные ниже пути адаптации к возникшим противоречиям (при стремлении к достижению успеха) за исключением:

- а) мятежа;
- б) ригушизма;
- в) попконформизма;
- г) конформизма;

10. К объективным фактам социальных девиаций Мертон отнес следующее:

- а) нормативно-ценностную дезинтеграцию общества;
- б) различие между участниками социального взаимодействия и невыполнение ожиданий;
- в) несогласованность между определяемыми культурой устремлениями и социальной структурой;
- г) влияние норм девиантной субкультуры и обучение;

11. Проблемы девиантного поведения по мнению К. Роджерса связаны с:

- а) позитивным и негативным его подкреплением на основе оперантного обусловливания;
- б) комплексом неполноценности в сочетании с неадекватной жизненной установкой и неразвитым социальным чувством;
- в) проявлением бездуховности;
- г) блокировкой самоактуализации;

12. Этапами профилактической деятельности в связи с проблемой аддиктивного поведения могут стать следующие составляющие:

- а) просветительский, вторичной профилактики, диагностический;
- б) адаптивный, тренинги личностного роста, семейная психотерапия;
- в) диагностический, информационно-просветительский, тренинги личностного роста;
- г) информационно-просветительский, дискуссионный, групповая психотерапия;

13. К факторам риска невротической анорексии относятся все перечисленные, кроме:

- а) женский пол;
- б) очень раннее наступление пубертата;
- в) инсулинозависимый диабет;
- г) мужской пол;

14. К синтетическим производным опиума относится:

- а) наркотин;
- б) метадон;
- в) маковая соломка;
- г) героин;

15. В мускатном орехе содержится галлюциногенное вещество:

- а) диметилтриптамин;

- б) лизергид;
- в) миристин;
- г) мескалин;

16. Атарактическим мотивом употребления наркотиков называют:

- а) достижение психологического комфорта и релаксации;
- б) стремление к принадлежности и одобрению группы;
- в) получение специфического физического удовольствия;
- г) демонстрация какого-либо качества (независимости, взрослого поведения);

17. Гедонистическим мотивом употребления наркотиков называют:

- а) достижение психологического комфорта и релаксации;
- б) стремление к принадлежности и одобрению группы;
- в) получение специфического физического удовольствия;
- г) демонстрация какого-либо качества (независимости, взрослого поведения);

18. «Фаталистическим» Дюркгейм называл самоубийство:

- а) являющееся уходом от неприятных ситуаций (конфликтов, неприемлемых требований);
- б) совершаемое ради других людей или во имя высоких целей;
- в) имеющее место в случае личных трагедий (смерти близких, потери работоспособности, неразделенной любви);
- г) в результате тяжелых разногласий между личностью и ее средой;

19. А.Г. Амбрумова выделила 6 типов патологических реакций у взрослых людей с суицидальным поведением. Среди них «отрицательный баланс», под которым понимается следующее:

- а) наличие негативных аффектов;
- б) агрессивная позиция с обвинениями в адрес окружающих, переходящая в аутоагрессивную, чаще демонстративную;
- в) рациональное, сверхкритичное «поведение жизненных итогов»;
- г) отказ от контактов и деятельности из-за чувства одиночества и отверженности;

20. К внутридеструктивному поведению относятся все перечисленные виды за исключением:

- а) аутистического;
- б) конформистского;
- в) фанатического;
- г) аддиктивного;

21. Аутистическим поведением называют поведение:

- а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
- б) проявляющееся в виде отгороженности от людей и окружающей действительности;
- в) управляемое чувством собственной грандиозности;
- г) выступающее в форме приверженности какой-либо идее, взглядам;

22. Формы деструктивного поведения отвечают всем перечисленным критериям девиантности, кроме:

- а) ухудшение качества жизни, снижение критичности к своему поведению;
- б) повышение самооценки, относительная сохранность критики;
- в) когнитивные искажения, снижение критичности к своему поведению;
- г) эмоциональные нарушения, когнитивные искажения;

23. Асоциальным поведением называется поведение:

- а) отклоняющееся от этических и нравственных норм, но не приносящее значительного вреда самой личности и ее окружению;
- б) характеризующееся школьной и социальной адаптацией;
- в) отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности;
- г) уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений;

24. Значительное место в работах Дюркгейма занимает:

- а) анализ аутистического поведения подростков;
- б) анализ суицидального поведения;
- в) изучение дисциплинарных проступков;
- г) анализ агрессивного и гиперактивного поведения;

25. Термин «аномия» означает следующее:

- а) состояние социальной дезорганизации, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным отношениям, а новые еще не утвердились;
- б) состояние социальной реорганизации, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным отношениям, но уже утвердились новые;
- в) состояние социальной организации, когда старые нормы и ценности соответствуют реальным отношениям;
- г) состояние социальной дезорганизации, когда старые нормы и новые ценности сосуществуют, но ни те, ни другие не соответствуют в полной мере реальным отношениям;

26. Ретризмом называют:

- а) активный бунт, отрицание социальных норм;
- б) пассивный уход от выполнения социальных норм;
- в) негибкое воспроизведение заданных или привычных средств;
- г) принятие целей, отвержение легитимных способов их достижения;

27. Проблемы девиантного поведения по мнению В. Франкла связаны с:

- а) позитивным и негативным его подкреплением на основе оперантного обусловливания;
- б) комплексом неполноценности в сочетании с неадекватной жизненной установкой и неразвитым социальным чувством;
- в) проявлением бездуховности;
- г) блокировкой самоактуализации;

28. Проблемы девиантного поведения по мнению А. Адлера связаны с:

- а) позитивным и негативным его подкреплением на основе оперантного обусловливания;
- б) комплексом неполноценности в сочетании с неадекватной жизненной установкой и неразвитым социальным чувством;
- в) проявлением бездуховности;
- г) блокировкой самоактуализации;

29. Антисоциальными подростковыми группами называются группы, в которых подростки:

- а) активно бунтуют против идеалов, норм поведения и образа жизни;
- б) обязательно демонстрируют аддиктивное поведение;
- в) пренебрегают господствующими в обществе идеалами, нормами поведения и образом жизни;

г) следуют по пути, на который их наставляет общество;

30. Среди факторов семейного воспитания ребенка на развитие агрессивности влияет:

- а) хорошая сплоченность семьи;
- б) близкие отношения между родителями и детьми;
- в) адекватный стиль семейного воспитания;
- г) неблагоприятные взаимоотношения между детьми;

31. Аддиктивная установка личности выражается в появлении:

- а) готовности аддикта вести себя соответственно общественным нормам;
- б) пессимистического взгляда на свои патологические привычки;
- в) бредовых идей в отношении объекта аддикции;
- г) сверхценного эмоционального отношения к объекту аддикции;

32. Аддиктивное поведение связано со стрессоустойчивостью личности следующим образом:

- а) связь аддикции со стрессоустойчивостью не прослеживается;
- б) относительно оптимальная стрессоустойчивость;
- в) высокая стрессоустойчивость;
- г) нарушение копинг-функции;

33. Пятицикла под наркоманией подразумевают «состояние определяемое»:

- а) синдромами измененной реактивности организма к действию наркотика и психической зависимости;
- б) синдромами измененной реактивности организма к действию наркотика и физической зависимости;
- в) синдромами психической и физической зависимости;
- г) синдромами измененной реактивности организма к действию наркотика, психической и физической зависимости;

34. К алколоидам они относятся все вещества, кроме:

- а) парколин;
- б) героин;
- в) опиоид;
- г) кокаин;

35. К психостимуляторам относится следующее вещество:

- а) лизергин;
- б) эфедрин;
- в) псилоцибин;
- г) мепридин;

36. В побегах кактуса «пейотль» и в семенах некоторых видов утренних выюшков содержится вещество:

- а) диметилтриптамин;
- б) фенхилэтин;
- в) миристин;
- г) мескалин;

37. Субмиссивным мотивом употребления наркотиков называют:

- а) достижение психологического комфорта и релаксации;

- б) стремление к принадлежности и одобрению группы;
- в) получение специфического физического удовольствия;
- г) демонстрация какого-либо качества (независимости, взрослого поведения);

38. Псевдокультурным мотивом употребления наркотиков называют:

- а) достижение психологического комфорта и релаксации;
- б) стремление к принадлежности и одобрению группы;
- в) получение специфического физического удовольствия;
- г) демонстрация какого-либо качества (независимости, взрослого поведения);

39. Признаком 2 степени алкоголизма являются:

- а) повышение толерантности с потерей защитного рвотного рефлекса;
- б) максимальная толерантность к алкоголю;
- в) снижение толерантности, появление истинных запоев;
- г) снижение интеллектуально-мнестических функций;

40. «Анатомическим» Дюркгейм называл самоубийство:

- а) являющееся уходом от неприятных ситуаций (конфликтов, неприемлемых требований);
- б) совершаемое ради других людей или во имя высоких целей;
- в) имеющее место в случае личных трагедий (смерти близких, потери работоспособности, неразделенной любви);
- г) в результате тяжелых разногласий между личностью и ее средой;

41. Одним из наиболее значимых свойств личности, связанных с антисоциальным поведением и зависящих от совокупности внутренних и внешних факторов, является:

- а) аффективный профиль;
- б) когнитивный профиль;
- в) волевые качества;
- г) мышление;

42. Ситуативный правонарушитель это такой нарушитель:

- а) который идентифицируется с групповыми антисоциальными ценностями;
- б) который совершает деликты вследствие тяжелого психического расстройства;
- в) чьи асоциальные действия выступают следствием интрапсихического конфликта и тревоги;
- г) чьи противоправные действия преимущественно спровоцированы ситуацией;

43. «Органический» правонарушитель это такой нарушитель:

- а) который идентифицируется с групповыми антисоциальными ценностями;
- б) который совершает противоправные действия вследствие мозговых повреждений с преобладанием а) импульсивности, интеллектуальной недостаточности и аффективности;
- г) который совершает деликты вследствие тяжелого психического расстройства; чьи асоциальные действия выступают следствием интрапсихического конфликта и тревоги;

44. В рамках психологического подхода Клейнберг выделяет три основные группы поведенческих девиаций:

- а) позитивные, импульсивные;
- б) негативные, позитивные, социально-нейтральные;
- в) негативные, оппозиционные;
- г) нестандартные, мотивированные, нейтральные;

45. Конформистским поведением называют поведение:

- а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
- б) управляемое чувством собственной грандиозности;
- в) выступающее в форме приверженности какой-либо идее, взглядам;
- г) лишенное индивидуальности и ориентированное на внешние авторитеты;

46. Суицидальным поведением называют поведение:

- а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
- б) проявляющееся в виде отгороженности от людей и окружающей действительности;
- в) управляемое чувством собственной грандиозности;
- г) выступающее в форме приверженности какой-либо идее, взглядам;

47. Фанатическим поведением называют поведение:

- а) характеризующееся повышенным риском самоубийства;
- б) проявляющееся в виде отгороженности от людей и окружающей действительности;
- в) управляемое чувством собственной грандиозности;
- г) выступающее в форме приверженности какой-либо идее, взглядам;

48. Антисоциальным (делинквентным) поведением называется поведение:

- а) отклоняющееся от этических и нравственных норм, но не приносящее значительного вреда самой личности и ее окружению;
- б) характеризующееся школьной и социальной адаптацией;
- в) отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности;
- г) противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих людей;

49. Аутодеструктивным (саморазрушительным) поведением называется поведение:

- а) отклоняющееся от этических и нравственных норм, но не приносящее значительного вреда самой личности и ее окружению;
- б) характеризующееся школьной и социальной адаптацией;
- в) отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности;
- г) уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений;

50. Аутодеструктивным (саморазрушительным) поведением называется поведение:

- а) отклоняющееся от этических и нравственных норм, но не приносящее значительного вреда самой личности и ее окружению;
- б) характеризующееся школьной и социальной адаптацией;
- в) отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности;
- г) уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений;

51. К эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающиеся обычно в детском возрасте относятся:

- а) элективный мутизм;
- б) синдром Аспергера;
- в) синдром Каннера;
- г) шизоидная психопатия;

52. Фразовая речь у детей с нарушениями интеллекта имеет следующие особенности:

- а) большое количество фонетических искажений;
- б) многословность речи;
- в) предложения построены правильно;
- г) большой словарный запас;

53. К основным симптомам шизофрении относятся:

- а) афазия;
- б) агнозия;
- в) аменция;
- г) аутизм;

54. Психические нарушения, наиболее часто отмечаемые у детей дошкольного и младшего школьного возраста, больных эпилепсией, характеризуются:

- а) аффективной вязкостью;
- б) повышенным педантизмом;
- в) аффективной возбудимостью неустойчивого аффекта;
- г) психопатологическими расстройствами;

55. «Возрастные» симптомы являются:

- а) пограничными между продуктивными симптомами и дизонтогенеза;
- б) характерными для определенного уровня нервно-психического реагирования;
- в) пограничными между продуктивными симптомами болезни и самими явлениями дизонтогенеза;
- г) свидетельством того, что симптомы предыдущего уровня реагирования стали ведущими;

56. К ранним симптомам шизофрении относится:

- а) снижение аффективного тонуса;
- б) апатия;
- в) абулия;
- г) мутизм;

57. Самая тяжелая степень умственной отсталости:

- а) тяжелая умственная отсталость;
- б) умеренная умственная отсталость;
- в) глубокая умственная отсталость;
- г) легкая умственная отсталость;

58. Медицинским показанием к классу компенсирующего обучения является:

- а) выраженные нарушения зрения;
- б) деменция при эпилепсии;
- в) нарушение развития речи;
- г) легкое заикание;

59. Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза являются

- а) симптомы патохарактерологического развития;
- б) негативные симптомы;
- в) возрастные симптомы;
- г) продуктивные симптомы;

60. Для расстройства привязанностей по расторможенному типу характерно:

- а) агрессия по отношению к себе;
- б) диффузность привязанностей;
- в) ограниченность контактов;
- г) плохое социальное функционирование;

61. Дисфории у дошкольников представлены всем, кроме:

- а) драчливости;
- б) тоскливой депрессии;
- в) упрямства и капризности;
- г) подозрительности;

62. Моделью дисгармоничного развития является:

- а) ранний детский аутизм;
- б) олигофрения;
- в) органическая деменция;
- г) патохарактерологическое развитие;

63. Дети с задержкой психического развития:

- а) развиваются по общечеловеческим законам, но со своей спецификой;
- б) развиваются по своим сугубо специфическим законам;
- в) общечеловеческие законы для них не действительны;
- г) демонстрируют недоразвитие;

64. Обучение адекватным коммуникативным навыкам аутичного ребенка включает все, кроме:

- а) вербальная имитация;
- б) когнитивно-поведенческая терапия;
- в) экспрессивное обозначение;
- г) рецептивное обозначение;

65. Для коррекции тревожного расстройства в связи с разлукой у детей эффективно использование:

- а) семейной психотерапии;
- б) групповой психотерапии;
- в) поведенческой психотерапии;
- г) рациональной психотерапии;

66. Для клиники легкой умственной отсталости не характерно:

- а) социальная незрелость;
- б) способность к абстрагированию;
- в) способность к самообслуживанию;
- г) внушаемость;

67. Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками, кроме:

- а) истерическими расстройствами;
- б) тревожными расстройствами;
- в) психопатологическими расстройствами;
- г) астеническими расстройствами;

68. Дистимическое расстройство это:

- а) расстройство поведения;
- б) наклония личности;
- в) расстройство настроения;
- г) расстройство воли;

69. Для какого варианта ЗПР характерны эмоционально-волевые нарушения:

- а) гармонический инфантилизм;
- б) дисгармонический инфантилизм;
- в) конституциональный инфантилизм;
- г) органический инфантилизм;

70. К конституциональным психопатиям относится:

- а) неустойчивые психопатии;
- б) эндемические психопатии;
- в) органические психопатии;
- г) дисгармонический инфантилизм;

71. Причины патологического формирования личности дефицитарного типа:

- а) реакция личности на хроническую психотравмирующую ситуацию;
- б) осознанием своей несостоятельности;
- в) ограничении возможностей контактов вследствие сенсорной депривации;
- г) все перечисленное;

72. Социальное тревожное расстройство характеризуется:

- а) генерализованной тревогой;
- б) тревогой в отношении близких;
- в) избеганием незнакомых;
- г) холодностью к родным;

73. Задержка психического развития, какого генеза возникает при гиперопеке семьи:

- а) соматогенного происхождения ;
- б) психогенного происхождения;
- в) церебрально-органического происхождения ;
- г) конституционального происхождения;

74. Для аутичного ребенка не характерно:

- а) о себе говорить 3-м лице;
- б) стереотипное поведение;
- в) сильная тревога при разлуке;
- г) отсутствие глазного контакта;

75. Основным проявлением олигофренического дизонтогенеза является:

- а) бедность и недостаточность восприятия ;
- б) сужение объема внимания;
- в) дефект произношения, ксантоязычие;
- г) неловкость произвольных движений;

76. Типичные проявления депрессивного синдрома у детей:

- а) идеи преследования и воздействия;
- б) обидчивость, прожорливость, слюпотечение;
- в) потребность в посторонней поддержке, плаксивость;
- г) печаль, замкнутость, пассивность;

77. Термин «дисонтогенез» был предложен:

- а) Дж. Стоккардом;
- б) Г.Е.Сухаревой;
- в) Э.Крепелиным;
- г) Г. Швальбе;

78. Основные трудности, мешающие психическому развитию аутичного ребенка:

- а) гиперактивность;
- б) нарушения сенсорики;
- в) галлюцинации;
- г) патологическое фантазирование;

79. Проявления мании у детей характеризуются:

- а) преобладание двигательного возбуждения при умеренной выраженности других компонентов триады;
- б) выраженное ускорение ассоциативных процессов ;
- в) отсутствие гипертимического компонента;
- г) классической маниакальной триадой ;

80. В классификации дисонтогенеза (Г.Е. Сухарева) основой для типизации являются:

- а) этиология нарушения;
- б) обратимость нарушения;
- в) темп развития и последовательность формирования разных сторон психической деятельности
- г) время возникновения нарушения ;

81. От 7 до 12 лет аффективные нарушения преимущественно характеризуются:

- а) гипердинамическим синдромом;
- б) аффективной возбудимостью, психопатоподобным поведением;
- в) сверхценными образованиями;
- г) вегетативной возбудимостью, расстройствами сна и привычек опрятности;

82. Моделью аномалий развития по дефицитарному типу является:

- а) психический дисонтогенез, возникший на почве поражения сенсорной сферы;
- б) психический дисонтогенез, возникший на почве поражения моторной сферы;
- в) все перечисленное;
- г) ничего из вышперечисленного;

83. Для патохарактерологического развития по неистеническому типу не характерно:

- а) страхи за жизнь и здоровье близких;
- б) навязчивые сомнения и опасения;
- в) ипохондричность;
- г) демонстративность поведения;

84. Стойкое психическое недоразвитие называется:

- а) акселерация;
- б) ретардация ;
- в) асинхрония;
- г) регресс;

85. Тревожное расстройство в связи с разлукой характеризуется:

- а) немотивированной тревогой;
- б) генерализованной тревогой;
- в) тревогой в отношении реального отрыва от матери;
- г) тревогой при посещении школы из-за страха перед учителем;

86. Аффективные нарушения при эпилепсии:

- а) сглаживаются по достижению ремиссии;
- б) выражены при учащении припадков;
- в) хронифицируются;
- г) исчезают с возрастом;

87. Ранний детский аутизм описал:

- а) Л. Каннер;
- б) Э. Крепелин;
- в) Р. Спитц;
- г) Г.Е.Сухарева;

88. К дефицитарному психическому развитию не относится:

- а) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в результате ДЦП;
- б) дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата в результате перенесенной травмы;
- в) дети, имеющие декомпенсированный врожденный порок митрального клапана;
- г) дети, страдающие декомпенсированной формой сахарного диабета I типа;

89. Для эмоционально-идеаторного уровня реагирования (по В.В. Ковалеву) не характерно:

- а) наличие дисморфофобических переживаний;
- б) проявление «философической интоксикации»;
- в) наличие тиков, заиканий;
- г) наличием реакций протеста;

90. Какие факторы не являются причинами для возникновения задержки психического развития:

- а) неблагоприятное течение беременности;
- б) патология родов;
- в) ошибки обучения;
- г) ошибки воспитания;

91. Депрессии у детей проявляются:

- а) равнодушием;
- б) печалью и угрюмостью;
- в) безразличием;
- г) эмоциональным осуждением;

92. Характер и степень вторичных отклонений при дефицитарном психическом развитии связана с:

- а) локализация первичного дефекта;
- б) время возникновения первичного дефекта;
- в) выраженность первичного дефекта;
- г) социальная деprivация;

93. Суть неологизмов заключается в:

- а) «застревании» на одной мысли;
- б) алогичности мышления;
- в) образовании новых понятий;
- г) обрыве мыслей;

94. Аффективный уровень реагирования (по В.В. Ковалеву) характеризуется:

- а) заиканиями, тиками;
- б) тревогой, дисморфофобией;
- в) ростом уровня психогений, страхов;
- г) нарушением сна, вегетативной возбудимостью;

95. Кто выделил основные варианты ЗПР по этиологическому принципу:

- а) В.В. Ковалёв;
- б) М.С. Певзнер;
- в) Г.Е. Сухарева;
- г) К.С. Лебединская ;

96. Гебефреническая форма шизофрении проявляется:

- а) апатия;
- б) абулия;
- в) негативизмом;
- г) поведенческим разладом;

97. Ранний детский аутизм это вариант:

- а) поврежденного развития;
- б) задержанного развития;
- в) дефицитарного развития;
- г) искаженного развития;

98. Дисфорий у школьников характеризуются наличием:

- а) неустойчивого аффекта;
- б) тоскливо-злобно-раздражительного аффекта;
- в) апатического аффекта;
- г) патологического аффекта;

99. Простая форма шизофрении протекает по типу:

- а) непрерывно-прогредиентному;
- б) периодическому;
- в) ремитирующему;
- г) циркулярному;

100. Какие причины не вызывают ЗПР церебрально-органического генеза:

- а) хронические заболевания матери;
- б) ошибки в воспитании;
- в) патологическое течение предыдущих беременностей;
- г) постнатальные факторы.

ТЕМЫ КУРСОВЫХ РАБОТ

По дисциплине «Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте»

1. Социально-психологическое вмешательство при делинквентном поведении у подростков.
2. Психологическое вмешательство при аддиктивном поведении в подростковом периоде.
3. Социально-психологическое вмешательство при суицидальном поведении подростка.
4. Возрастные особенности подростков, влияющие на формирование суицидального поведения.
5. Особенности кониинг-поведения подростков, совершающих уходы из дома.
6. Формирование самооценки у подростков - воспитанников детских домов и школ-интернатов как важный фактор адаптации в обществе.
7. Взаимосвязь враждебности и кониинг-стратегий у подростков.
8. Ценностные ориентации у подростков, употребляющих наркотики.
9. Агрессия у подростков.
10. Особенности эмоциональной сферы в подростковом возрасте.
11. Характерологические особенности и аномальное поведение у подростков.
12. Причины формирования и развития неформальных молодежных объединений.
13. Поведенческие стереотипы подросткового возраста, обуславливающие формирование аномального поведения.
14. Методы коррекции аномалий поведения в подростковом возрасте.
15. Диагностика эмоционально-волевой сферы у подростков.
16. Проективные методы в психодиагностике подростков.
17. Пути коррекции интернет-зависимости в подростковом возрасте.
18. Особенности формирования химических зависимостей у подростков.
19. Табакокурение как форма аддиктивного поведения у подростков.
20. Нарушения пищевого поведения у подростков.
21. Особенности эндогенных психических расстройств у подростков.
22. Психодиагностическое обследование подростка с тревожными расстройствами.
23. Сюрреализм как антисоциальное явление в подростковой среде.
24. Особенности процесса социализации в «переходный» возраст.
25. Нарушения сексуального поведения при различных нервно-психических заболеваниях.
26. Насилие в семье как фактор, провоцирующий формирование отклоняющегося поведения.
27. Беспризорность как проявление отклоняющегося поведения.
28. Экстремальные виды спорта как форма аутодеструктивного поведения в подростковой среде.
29. Понрошайничество как форма отклоняющегося поведения.
30. Творчество как вид социально-позитивного отклоняющегося поведения.
31. Молодежная субкультура: позитивные и негативные аспекты.
32. Коррекционно-педагогическая работа с «трудными» детьми и подростками.
33. Конфликт как форма проявления отклоняющегося поведения.
34. Детская и подростковая преступность.
35. Детский и подростковый алкоголизм.