

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ястребов Олег Александрович
Должность: Ректор
Дата подписания: 27.05.2026 14:45:19
Уникальный программный ключ:
ca953a0120d891083f939673078ef1a989dae18a

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»**

Филологический факультет

(наименование основного учебного подразделения (ОУП) – разработчика ОП ВО)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

(наименование дисциплины/модуля)

Рекомендована МССН для направления подготовки/специальности:

37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

(код и наименование направления подготовки/специальности)

Освоение дисциплины ведется в рамках реализации основной профессиональной образовательной программы высшего образования (ОП ВО):

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

(наименование (профиль/специализация) ОП ВО)

1. ЦЕЛЬ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Дисциплина «Психология аномального развития» входит в программу специалитета «Клиническая психология. Психология здоровья» по направлению 37.05.01 «Клиническая психология» и изучается в 7 семестре 4 курса. Дисциплину реализует Кафедра психологии и педагогики. Дисциплина состоит из 8 разделов и 77 тем и направлена на изучение психологических особенностей, диагностики и коррекции отклонений детского поведения и вневрачебная помощь трудным детям.

Целью освоения дисциплины является формирование знаний по методологии и теории нарушений психики и поведения в детском возрасте, структуре дефекта и видах дизонтогенеза, закономерностях изменения психической сферы каждой из групп детей с ограниченными возможностями здоровья, методах психологической диагностики вторичных отклонений развития.

2. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Освоение дисциплины «Психология аномального развития» направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций (части компетенций):

Таблица 2.1. Перечень компетенций, формируемых у обучающихся при освоении дисциплины (результаты освоения дисциплины)

Шифр	Компетенция	Индикаторы достижения компетенции (в рамках данной дисциплины)
УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	УК-9.1 Обладает представлениями о принципах недискриминационного взаимодействия при коммуникации в различных сферах жизнедеятельности, с учетом социально-психологических особенностей лиц с ограниченными возможностями здоровья;
ОПК-5	Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ	ОПК-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;

3. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОП ВО

Дисциплина «Психология аномального развития» относится к обязательной части блока 1 «Дисциплины (модули)» образовательной программы высшего образования.

В рамках образовательной программы высшего образования обучающиеся также осваивают другие дисциплины и/или практики, способствующие достижению запланированных результатов освоения дисциплины «Психология аномального развития».

Таблица 3.1. Перечень компонентов ОП ВО, способствующих достижению запланированных результатов освоения дисциплины

Шифр	Наименование компетенции	Предшествующие дисциплины/модули, практики*	Последующие дисциплины/модули, практики*
УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	Специальная психология; Дифференциальная психология; Педагогика;	Педагогическая практика под супервизией; Производственная практика под супервизией; Методика преподавания психологии;

Шифр	Наименование компетенции	Предшествующие дисциплины/модули, практики*	Последующие дисциплины/модули, практики*
ОПК-5	Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ	Психиатрия; Неврология; Общая психология: внимание, память; Общая психология: введение; Общая психология: эмоции, чувства, воля; Общая психология: мышление, речь, воображение; Психология развития и возрастная психология; Клиническая психология;	Теории личности в клинической психологии и психологические концепции личностных расстройств; История психологии; Personality and Social Behaviour; Психотерапия; Практикум по детской клинической психологии; Практикум по психотерапии; Нейропсихологическая реабилитация и восстановление психических функций; Психическое, сексуальное и репродуктивное здоровье; Введение в психологию семьи и семейное консультирование; Преддипломная практика;

* - заполняется в соответствии с матрицей компетенций и СУП ОП ВО

** - элективные дисциплины /практики

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Общая трудоемкость дисциплины «Психология аномального развития» составляет «3» зачетные единицы.

Таблица 4.1. Виды учебной работы по периодам освоения образовательной программы высшего образования для очной формы обучения.

Вид учебной работы	ВСЕГО, ак.ч.		Семестр(-ы)
			7
Контактная работа, ак.ч	51		51
Лекции (ЛК)	17		17
Лабораторные работы (ЛР)	0		0
Практические/семинарские занятия (СЗ)	34		34
Самостоятельная работа обучающихся, ак.ч.	39		39
Контроль (экзамен/зачет с оценкой), ак.ч.	18		18
Общая трудоемкость дисциплины ак.ч.	ак.ч.	108	108
	зач.ед.	3	3

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Таблица 5.1. Содержание дисциплины (модуля) по видам учебной работы*

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
Раздел 1	Введение в психологию аномального развития.	1.1	Практическое значение проблемы.	Рост числа детей с ОВЗ в современном обществе (статистические данные, причины). Социальный заказ на подготовку клинических психологов в области диагностики и коррекции отклонений развития. Роль психолога в системе раннего вмешательства (выявление рисков дизонтогенеза с первых месяцев жизни). Участие психолога в работе ПМПК (психолого-медико-педагогической комиссии): диагностика, определение образовательного маршрута. Психологическое сопровождение инклюзивного образования: работа с ребенком, семьей, педагогическим коллективом. Коррекционно-развивающая работа с детьми с различными типами дизонтогенеза. Профилактика вторичных отклонений и социальная адаптация детей с аномальным развитием. Значение дисциплины для последующей практической работы в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты.	ЛК, СЗ
		1.2	Место психологии аномального развития ребенка в ряду смежных дисциплин (психологии нормального детства, дефектологии, детской психиатрии).	Связь с общей психологией: знание общих закономерностей психических процессов как основа для понимания их нарушений. Связь с возрастной психологией: периодизация развития, сенситивные периоды, кризисы как основа для анализа дизонтогенеза. Связь с клинической психологией: патопсихология (качественный анализ нарушений) и нейропсихология (мозговые механизмы). Связь с дефектологией: олигофренопсихология, сурдопсихология, тифлопсихология, логопсихология — частные случаи аномального развития. Разграничение с детской психиатрией: нозологический подход (диагноз) vs синдромальный и структурно-динамический анализ (психология аномального развития). Вклад психологии аномального развития в теорию и практику специального и инклюзивного образования. Междисциплинарное взаимодействие на ПМПК и консилиумах: роль психолога как интегратора данных	ЛК, СЗ
		1.3	Основные этапы развития детской патопсихологии.	I этап (конец XIX – начало XX в.): изучение «трудных» и «ненормальных» детей в рамках психиатрии и педагогики. Открытие медико-педагогических учреждений (К.С. Лебединская, В.П. Кащенко). II этап (20–30-е гг. XX в.): работы Л.С. Выготского — культурно-историческая теория, понятие первичного и вторичного дефекта, зона ближайшего развития, компенсация дефекта. III этап (40–70-е гг.): исследования Г.Е. Сухаревой (типология дизонтогенеза, клиника детской шизофрении), В.В. Ковалева (уровни нервно-психического реагирования), Д.Н. Исаева. IV этап (80–90-е гг.): классификация типов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского (6 типов: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное, дисгармоничное). Классификация ЗПР К.С. Лебединской (конституциональная, соматогенная, психогенная, церебрально-органическая). V этап (современный): развитие нейропсихологии детского возраста (А.Р. Лурия, Т.В. Ахутина), раннее вмешательство, доказательные подходы к коррекции РДА (АВА, ТЕАСН), внедрение инклюзивной практики	ЛК, СЗ
Раздел 2	Закономерности психических заболеваний у детей.	2.1	Соотношение социального и биологического в возникновении психических заболеваний в	Мультифакториальная природа психических нарушений у детей. Биологические факторы: генетическая предрасположенность (наследственные заболевания, хромосомные аномалии), органические поражения ЦНС (внутриутробные инфекции, гипоксия, родовая травма, нейроинфекции), соматические заболевания (эндокринные,	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
			детском возрасте.	сердечно-сосудистые и др.). Социальные факторы: условия воспитания (гиперопека, гипоопека, эмоциональное отвержение, жестокое обращение), психосоциальная депривация (госпитализм, отсутствие эмоционального контакта с матерью), хроническая психотравмирующая ситуация в семье или школе. Модель «диатез-стресс»: биологическая уязвимость + стрессовый триггер = манифестация расстройства. Примеры: шизофрения (генетическая предрасположенность + дисфункциональная семья), ЗПР церебрально-органического генеза + педагогическая запущенность, психогенная ЗПР (патологические условия воспитания без органики). Вклад отечественных ученых: В.В. Ковалев о роли психогенных факторов, Д.Н. Исаев о психосоматических соотношениях.	
		2.2	Влияние возрастного фактора на происхождение и структуру психических нарушений в детском возрасте.	Понятие «возрастной нормы» и «возрастной уязвимости». Сенситивные периоды развития: периоды наибольшей чувствительности к воздействию средовых факторов и наибольшего риска нарушений при повреждении. Критические возрастные периоды (1 год, 3 года, 7 лет, 12-15 лет) как этапы качественной перестройки психики и точки риска манифестации расстройств. Уровни нервно-психического реагирования по В.В. Ковалеву: 1) соматовегетативный (0-3 года) — энурез, энкопрез, нарушения сна, аппетита; 2) психомоторный (4-7 лет) — тики, заикание, гиперкинезы, страхи; 3) аффективный (5-10 лет) — неврозы, патологические страхи, дисфории; 4) эмоционально-идеаторный (11-15 лет) — сверхценные идеи, дисморфомания, патологическое фантазирование, суицидальные тенденции. Изменение структуры дефекта в зависимости от возраста поражения: раннее поражение (до 2-3 лет) ведет к тотальному недоразвитию (олигофрения), более позднее — к мозаичным повреждениям (деменция)	ЛК, СЗ
		2.3	Генетические и соматические предпосылки психического онтогенеза.	Хромосомные синдромы: синдром Дауна (трисомия 21) — умственная отсталость, специфический фенотип, особенности эмоциональной сферы; синдром Шерешевского-Тернера (45,ХО) — инфантилизм, особенности интеллекта; синдром Клайнфельтера (47,XXY) — задержка развития, эмоциональная неустойчивость. Генные болезни: фенилкетонурия (нарушение обмена фенилаланина) — глубокая умственная отсталость при отсутствии диетотерапии; муковисцидоз, галактоземия. Соматогенные психические расстройства: влияние хронических соматических заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, пороки сердца, хроническая почечная недостаточность) на психическое развитие — астенизация, задержка психомоторного и речевого развития, невротические реакции, формирование личностных особенностей (тревожность, эгоцентризм, ипохондричность). Эндокринные нарушения: гипотиреоз (кретинизм) — глубокая задержка развития; гипертиреоз — эмоциональная лабильность, раздражительность. Роль ранней диагностики и своевременного лечения (диета, ферменты, гормоны) в профилактике тяжелых психических нарушений	ЛК, СЗ
		2.4	Мозговые структуры и психическое развитие ребенка.	Морфофункциональное созревание мозга в онтогенезе: гетерохронность развития различных зон (подкорковые структуры → кора, ассоциативные зоны созревают позже проекционных). Три функциональных блока мозга по А.Р. Лурия: I блок — энергетический (ствол, ретикулярная формация) — регуляция тонуса и бодрствования; II блок — приема, переработки и хранения информации (височные, теменные, затылочные отделы) — гнозис, праксис, речь, память; III блок — программирования,	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				регуляции и контроля (лобные доли) — планирование деятельности, контроль, произвольная регуляция. Последствия поражения различных зон в детском возрасте: пластичность детского мозга и феномен «сверхкомпенсации» (функция может взять на себя другая область). Специфика детского поражения: диффузность (генерализованные реакции) vs локальность. Феномен «эпилептической активности» и ее влияние на развитие когнитивных функций и поведения. Нейропсихологический подход к диагностике: выявление слабых звеньев в функциональной системе	
		2.5	Основные уровни нервно-психического реагирования в детском возрасте.	Детальная характеристика уровней нервно-психического реагирования (В.В. Ковалев) с клиническими иллюстрациями. Уровень соматовегетативных проявлений (0-3 года): нарушения сна (бессонница, ночные кошмары), аппетита (анорексия, булимия), терморегуляции, желудочно-кишечные расстройства (срыгивания, рвота). Уровень психомоторных проявлений (4-7 лет): тики, заикание, мутизм, гиперкинезы, расторможенность, стереотипии, негативизм. Уровень аффективных проявлений (5-10 лет): страхи (ночные, навязчивые), дисфории (злобно-тоскливое настроение), тревога, патологическая аффективная возбудимость. Уровень эмоционально-идеаторных проявлений (11-15 лет): сверхценные образования (дисморфомания, увлечения), патологическое фантазирование, бредоподобные идеи (идеи отношения, отравления, перевоплощения), суицидальные мысли и намерения. Патологические и непатологические формы реагирования (возрастные кризисы). Динамика смены уровней с возрастом: один уровень не отменяет предыдущий, происходит их наслоение. Знание уровней для дифференциальной диагностики и прогноза	ЛК, СЗ
Раздел 3	Закономерности нарушения психического развития (дизонтогенеза) у детей.	3.1	Стадии психического развития ребенка и критические возрастные периоды.	Периодизации психического развития: Л.С. Выготский (кризисы и стабильные периоды), Д.Б. Эльконин (смена ведущей деятельности), Ж. Пиаже (стадии интеллектуального развития). Критические периоды (возрастные кризисы 1 года, 3 лет, 7 лет, подростковый 12-15 лет) как время бурных качественных изменений, перестройки отношений со средой, повышенной ранимости психики. Понятие «резистентности» (устойчивости) и «уязвимости» в разные возрастные периоды. Влияние вредностей (травма, инфекция, стресс) в разные чувствительные периоды: поражение в период активного развития речи (2-3 года) — алалия, ЗПР; в период формирования школьных навыков (6-8 лет) — дислексия, дисграфия. Значение учета возрастного фактора при прогнозировании последствий поражения. Примеры: госпитализм у младенцев, патологическое фантазирование у подростков	ЛК, СЗ
		3.2	Первичные и вторичные нарушения (Л.С.Выготский).	Понятие «структуры дефекта» по Л.С. Выготскому. Первичный (ядерный) дефект — биологически обусловленное нарушение, непосредственно вытекающее из органического поражения (тугоухость, атрофия зрительного нерва, поражение коры головного мозга). Вторичный дефект — социальные последствия первичного нарушения, нарушения высших психических функций (ВПФ), формирующиеся в процессе развития ребенка в условиях дефекта. Механизм формирования вторичного дефекта: первичный дефект затрудняет или делает невозможным нормальное взаимодействие с социальной средой, что ведет к задержке или искажению развития ВПФ. Примеры: при тугоухости первичный дефект — снижение слуха, вторичные — задержка речи, снижение вербального интеллекта, трудности общения, личностные изменения (замкнутость, подозрительность). Третичные нарушения — неправильное отношение личности к своему дефекту (чувство неполноценности, «социальный	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>вывих»). Закон «плюс-минус»: дефект дает как минус (нарушение функции), так и плюс (компенсаторные приспособления). Значение теории для коррекции: вторичные нарушения поддаются коррекции и предупреждению (раннее вмешательство, создание обходных путей).</p>	
		3.3	<p>Роль гетерохронии и асинхронии в нормальном и патологическом системогенезе.</p>	<p>Гетерохрония как фундаментальный принцип развития психики: различные психические функции и системы созревают неравномерно, с опережением одних и отставанием других (аффективная сфера опережает интеллектуальную, речь — произвольную регуляцию). Системогенез: формирование функциональных систем в процессе онтогенеза. Асинхрония как тип дизонтогенеза — диспропорция развития, нарушение временной последовательности созревания функций, когда одни функции резко опережают возрастную норму, а другие грубо отстают. Парциальная акселерация: опережающее развитие интеллекта при эмоциональной незрелости (одаренные дети). Примеры асинхронии: ранний детский аутизм — сохранность механической памяти и парциальная одаренность при грубом нарушении коммуникации и эмоциональной сферы; шизофрения — опережающее развитие абстрактного мышления при распаде эмоциональных связей. Значение понятия для понимания структуры дефекта и выбора коррекционных мишеней.</p>	ЛК, СЗ
		3.4	<p>Основные симптомы асинхронии развития: ретардация, патологическая фиксация, временный и стойкий регресс.</p>	<p>Ретардация (задержка, запаздывание) — незавершенность отдельных этапов развития, отсутствие инволюции более ранних форм поведения. Примеры: задержка смены сосательных движений жевательными, задержка формирования опрятности, сохранение эгоцентрической речи у младших школьников. Патологическая фиксация — застревание на определенной стадии развития, невозможность перехода к следующей. Проявляется в perseverациях (навязчивое повторение движений, слов), стереотипиях, однообразной игре. Временный регресс — возврат к более ранним формам поведения под влиянием стресса, утомления, болезни (ребенок снова начинает сосать палец, мочиться в постель, пользоваться лепетной речью). Стойкий регресс — распад уже сформированных функций, потеря навыков вследствие органического поражения мозга (деменция, регрессивная форма шизофрении, синдром Ретта). Дифференциально-диагностическое значение регресса: органический vs психогенный</p>	ЛК, СЗ
		3.5	<p>Типы асинхронии развития.</p>	<p>Классификация вариантов асинхронии: изоляция (выпадение функции) — функция изолируется, не оказывает системного влияния на другие функции (например, локальное поражение анализатора при сохранности других сфер). Диссоциация (разрыв связей) — нарушение координации и взаимодействия между функциями, которые в норме развиваются совместно (например, расхождение между вербальным и невербальным интеллектом при РДА). Ретардация (замедление) — общее или парциальное замедление темпа развития. Акселерация (ускорение) — опережающее развитие одной или нескольких функций. Соотношение понятий «асинхрония» и «дизонтогенез»: асинхрония — это механизм, лежащий в основе некоторых типов дизонтогенеза (искаженное и дисгармоническое развитие). Роль асинхронии в формировании специфических психопатологических синдромов</p>	ЛК, СЗ
Раздел 4	<p>Психологическая характеристика отдельных форм психических расстройств в детском</p>	4.1	<p>Психическое недоразвитие.</p>	<p>Определение психического недоразвития (олигофрения) как типа дизонтогенеза, характеризующегося тотальным недоразвитием всех психических функций вследствие раннего (до 2-3 лет) органического поражения головного мозга. Этиология: генетические факторы (хромосомные синдромы — Дауна, Клайнфельтера; генные</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
	возрасте (классификация В.В. Лебединского).			болезни — фенилкетонурия), внутриутробные поражения (инфекции — краснуха, токсоплазмоз; интоксикации — алкогольный синдром плода), перинатальная патология (гипоксия, родовая травма), постнатальные поражения (нейроинфекции, травмы в раннем возрасте). Классификация по степени тяжести (МКБ-10): F70 — легкая (дебилность, IQ 50-69); F71 — умеренная (имбецильность, IQ 35-49); F72 — тяжелая (идиотия, IQ 20-34); F73 — глубокая (IQ ниже 20). Клинико-психологическая характеристика: тотальность дефекта (страдают все познавательные процессы), иерархичность (более сложные функции нарушены в большей степени). Основные признаки: инертность, тугоподвижность, конкретность мышления, слабость абстракции и обобщения, нарушение критичности, недоразвитие произвольной регуляции	
		4.2	Клинико-психологическая структура дефекта при психическом недоразвитии.	Первичный дефект: недостаточность корково-подкорковых структур, отвечающих за познавательную деятельность (лобные доли, теменно-височные зоны). Вторичные нарушения: недоразвитие высших психических функций (ВПФ) — словесно-логического мышления, произвольной памяти, активного внимания, связной речи, абстрактных форм восприятия. Трегичные нарушения: личностные изменения — примитивность эмоций, конкретность чувств, внушаемость, подражательность, недостаточность самооценки и уровня притязаний, недоразвитие критичности. Специфика познавательной деятельности: восприятие — замедленное, узкое, неточное; внимание — неустойчивое, малый объем, трудности переключения; память — замедленное запоминание, быстрое забывание, лучше сохраняется механическая память; мышление — наглядно-действенное и наглядно-образное преобладает над словесно-логическим, конкретность, некритичность, трудности переноса; речь — позднее развитие, бедный словарь, аграмматизмы. Эмоционально-волевая сфера: эмоциональная незрелость, конкретность чувств, слабость волевых усилий, внушаемость, эгоцентризм	ЛК, СЗ
		4.3	Психологическая характеристика познавательной деятельности детей-олигофренов.	Восприятие: замедленный темп переработки информации, узость объема восприятия, недифференцированность, неточность, нарушение константности (предмет не узнается в необычном ракурсе), слабость активного восприятия (нуждаются в руководстве). Внимание: неустойчивость (быстрая истощаемость), малый объем, трудности распределения и переключения, слабость произвольного внимания (преобладает непроизвольное). Память: замедленное запоминание (требуется много повторений), быстрое забывание (низкая прочность сохранения), недостаточная точность воспроизведения, лучше сохраняется механическая память, смысловая память грубо нарушена, трудности опосредованного запоминания (метод пиктограмм недоступен). Мышление: преобладание наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, словесно-логическое недоразвито; конкретность — неспособность к абстрагированию и обобщению; нарушение операций анализа, синтеза, сравнения; трудности переноса (усвоенный способ действия не применяется в новых условиях); некритичность — не замечают своих ошибок; слабость регулирующей функции мышления. Речь: позднее появление (к 3-5 годам), бедный активный словарь, аграмматизмы, нарушение фонетики, трудности понимания сложных конструкций	ЛК, СЗ
		4.4	Особенности игровой и учебной деятельности.	Игровая деятельность: длительная задержка развития игры; на ранних этапах — манипуляции с предметами без сюжета; сюжетно-ролевая игра не достигает развитых	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				форм (отсутствует замысел, ролевое поведение примитивно, сюжеты однообразные, стереотипные, нет фантазии); игра процессуальная, не подготавливает к учебной деятельности; не формируется игровая мотивация (играют, потому что нечем заняться). Учебная деятельность: трудности формирования учебной мотивации (преобладает игровая); медленный темп усвоения; низкая обучаемость; неспособность к самостоятельному переносу знаний; нуждаются в постоянной организующей помощи взрослого; наглядные и практические методы эффективнее словесных; необходимость многократных повторений; низкая продуктивность самостоятельной работы; быстрая утомляемость, истощаемость. Значение трудового обучения: формирование навыков самообслуживания, простых трудовых операций как основа социализации	
		4.5	Формирование личности умственно отсталого ребенка.	Эмоциональная сфера: конкретность, примитивность чувств (любовь/ненависть без полутонов); незрелость эмоций (эмоциональная лабильность, легкая смена настроения); слабость дифференцировки эмоций (трудно распознают эмоции других); внушаемость, подражательность; склонность к эйфории или дисфории. Волевая сфера: слабость волевых усилий, неспособность к длительному волевому напряжению, трудности преодоления препятствий, импульсивность, расторможенность влечений. Самооценка: неадекватно завышена (не видят своих недостатков) или занижена (под влиянием неудач); слабость критичности — не способны оценить результаты своей деятельности. Уровень притязаний: завышен (хотят успеха, но не прилагают усилий) или отсутствует (пассивность, безразличие). Межличностные отношения: эгоцентризм, неумение учитывать интересы другого, слабость эмпатии, подчиняемость (становятся ведомыми) или агрессивность (при фрустрации). Патологические черты характера (в осложненных случаях): возбудимость, агрессивность, лживость, лень, эхололии, стереотипии	ЛК, СЗ
		4.6	Проблема обучения и воспитания детей с психическим недоразвитием.	Система специального образования: коррекционные школы VIII вида (для детей с умственной отсталостью). Учебные программы: упрощенные, практико-ориентированные, направленные на формирование навыков самообслуживания, социально-бытовой ориентировки, простых трудовых навыков (столярное дело, швейное дело, сельскохозяйственный труд). Принципы обучения: индивидуализация, наглядность, деятельностный подход, эмоциональное подкрепление, многократное повторение. Воспитательная работа: формирование навыков культурного поведения, соблюдение режима, трудовое воспитание. Инклюзивное образование: возможности и ограничения (легкая степень УО в условиях ресурсного класса). Роль семьи: гиперопека vs эмоциональное отвержение; необходимость обучения родителей методам коррекционной работы. Психологическое сопровождение: диагностика динамики развития, коррекция эмоционально-волевой сферы, формирование адекватной самооценки, профилактика девиантного поведения. Проблема профессиональной подготовки и трудоустройства: доступные профессии (уборщик, грузчик, швея, садовник), социальная защита.	ЛК, СЗ
		4.7	Задержанное психическое развитие.	Определение ЗПР как варианта дизонтогенеза с замедленным темпом формирования познавательной и эмоционально-волевой сфер, с потенциальной обратимостью при создании адекватных условий обучения и воспитания. Отличие от умственной отсталости: не тотальность, а парциальность нарушений; неравномерность дефекта; высокая обучаемость (используют помощь, переносят на аналогичные задания);	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>обратимость; отсутствие грубых органических поражений коры. Отличие от педагогической запущенности: наличие биологической основы (минимальная мозговая дисфункция, резидуально-органическая недостаточность). Критерии диагностики: отставание в развитии на 1-3 эпикризных срока (2-3 года от нормы). Распространенность: около 15-20% среди детей младшего школьного возраста (наиболее частая причина школьной неуспеваемости). Этиология: конституциональные факторы, соматические заболевания, психогенные условия, резидуально-органическая недостаточность ЦНС.</p>	
		4.8	Клинические варианты задержки психического развития.	<p>Классификация ЗПР по К.С. Лебединской (четыре варианта). 1. Конституциональная ЗПР (гармонический психический инфантилизм): обусловлена замедленным созреванием лобных долей; внешне ребенок выглядит младше; преобладание игровой мотивации в школе, эмоциональная живость, непосредственность, внушаемость; прогноз благоприятный — с возрастом сглаживается. 2. Соматогенная ЗПР: возникает на фоне тяжелых хронических соматических заболеваний (астма, пороки сердца, диабет, заболевания почек); механизм — астенизация, истощаемость, задержка психомоторного и речевого развития, эмоциональная незрелость, тревожность, неуверенность, соматическая ослабленность. 3. Психогенная ЗПР (патологическое развитие личности): обусловлена неблагоприятными условиями воспитания (гиперопека, гипоопека, жестокое обращение); механизм — депривация (сенсорная, эмоциональная, социальная); особенности: недостаточность познавательной деятельности, эгоцентризм, импульсивность или заторможенность, незрелость эмоционально-волевой сферы. 4. Церебрально-органическая ЗПР: наиболее стойкая и тяжелая форма; обусловлена ранним органическим поражением ЦНС (остаточные явления перинатальной патологии); характеризуется нарушениями познавательной деятельности (память, внимание, мышление), эмоционально-волевыми расстройствами (церебральная астения, расторможенность, либо заторможенность), мозаичностью дефекта</p>	ЛК, СЗ
		4.9	Клинико-психологическая структура нарушений при задержке психического развития.	<p>Неравномерность нарушений как ключевая характеристика ЗПР: одни функции страдают больше, другие — сохранны. При конституциональной ЗПР: преимущественное отставание эмоционально-волевой сферы (инфантилизм) при относительной сохранности познавательных процессов. При соматогенной ЗПР: ведущий фактор — астения (истощаемость, вялость, снижение работоспособности), что вторично ведет к задержке когнитивного развития. При психогенной ЗПР: дефект обусловлен патологическими условиями воспитания (депривация, гиперопека, гипоопека), что ведет к несформированности познавательной мотивации, незрелости эмоционально-волевой сферы. При церебрально-органической ЗПР: наиболее глубокая структура — нарушения памяти (снижение объема, замедленное запоминание), внимания (неустойчивость, истощаемость), мышления (конкретность, снижение операций обобщения), а также эмоционально-волевые нарушения (церебральная астения, расторможенность, дисфории). Общее для всех форм: потенциальная сохранность интеллекта (способность к абстрагированию при специальной организации обучения). Дифференциальная диагностика с УО: при ЗПР — парциальность, неравномерность, более высокий уровень обучаемости.</p>	ЛК, СЗ
		4.10	Дифференциальная	Критерии дифференциальной диагностики ЗПР и умственной отсталости: 1)	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
			диагностика задержки психического развития от психического недоразвития и педагогической запущенности.	<p>Этиология: при ЗПР — чаще резидуально-органическая недостаточность, при УО — грубое органическое поражение. 2) Тотальность vs парциальность: при УО — тотальное недоразвитие всех функций, при ЗПР — парциальные нарушения (одни страдают, другие сохранены). 3) Обучаемость: при ЗПР используют помощь, переносят на аналогичные задания, при УО — не используют, переноса нет. 4) Динамика: при ЗПР — обратимость (при адекватных условиях), при УО — стойкий дефект. 5) Характер нарушений мышления: при УО — конкретность, слабость обобщения, при ЗПР — неравномерность (обобщение возможно, но трудности в абстрагировании). Критерии дифференциации ЗПР и педагогической запущенности: при педагогической запущенности нет органической основы, дефект обусловлен отсутствием обучения и воспитания; при создании условий быстро догоняет сверстников; при ЗПР — есть биологическая основа (ММД, резидуальная органическая недостаточность), требует специальных коррекционных занятий. Роль ПМПК в дифференциальной диагностике</p>	
		4.11	Понятие психического инфантилизма.	<p>Инфантилизм как вариант конституциональной ЗПР (по К.С. Лебединской). Определение: сохранение во взрослом возрасте психических и физических черт, присущих более раннему детскому возрасту. Гармонический (простейший) инфантилизм: равномерное отставание в психическом и физическом развитии (ребенок выглядит и ведет себя как младший); особенности поведения: преобладание игровой мотивации даже в школьном возрасте, эмоциональная живость, яркость переживаний, непосредственность, внушаемость, недостаточность волевых усилий, неспособность к длительному напряжению; при этом нет грубых нарушений интеллекта — абстрактно-логическое мышление возможно в игровой ситуации; прогноз благоприятный — с возрастом черты сглаживаются, особенно при правильном воспитании. Дисгармонический инфантилизм: сочетание инфантильных черт с патологическими чертами характера (истероидность, возбудимость, неустойчивость). Эндокринный инфантилизм: обусловлен эндокринными нарушениями (гипогенитализм, гипофизарный нанизм); сочетается с физическим инфантилизмом, незрелостью половой сферы. Психологическая диагностика: методики на выявление мотивационной готовности к школе (методика «Определение доминирования учебной или игровой мотивации»). Коррекция: формирование произвольности, волевых качеств, социально-возрастных норм поведения</p>	ЛК, СЗ
		4.12	Особенности обучения и воспитания детей с задержкой психического развития.	<p>Система специального образования для детей с ЗПР: классы КРО (коррекционно-развивающего обучения) в общеобразовательных школах, школы VII вида (в настоящее время — отдельные классы). Цели обучения: коррекция отставания в развитии, подготовка к обучению в основной школе. Принципы коррекционно-развивающего обучения: щадящий режим (снижение нагрузки, дополнительные каникулы), индивидуализация (учет структуры дефекта), наглядность, игровая форма подачи материала, частая смена видов деятельности. Направления коррекционной работы: развитие познавательной деятельности (памяти, внимания, мышления); коррекция эмоционально-волевой сферы (формирование произвольности); логопедическая помощь; развитие мелкой моторики; формирование учебной мотивации; социально-бытовая ориентировка. Роль психолога: диагностика (выявление структуры дефекта, динамики развития), коррекционные занятия (индивидуальные и групповые), работа с семьей (психологическое просвещение, обучение методам</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы	Содержание темы	Вид учебной работы*
			воспитания). Взаимодействие с педагогами: разработка адаптированных программ, рекомендации по индивидуализации обучения. Прогноз: при своевременной и адекватной коррекции дети с ЗПР к 3-4 классу догоняют сверстников и могут обучаться в обычном классе	
		4.13 Поврежденное психическое развитие.	<p>Определение поврежденного психического развития (органическая деменция) как типа дизонтогенеза, при котором происходит распад уже сформированных психических функций вследствие повреждения мозга после 2-3 лет (когда многие функции уже успели сформироваться). Отличие от психического недоразвития (олигофрении): при олигофрении — недоразвитие (нет периода нормального развития), при деменции — распад (было нормальное развитие, затем регресс). Причины: черепно-мозговые травмы, нейроинфекции (менингит, энцефалит), интоксикации (отравление свинцом, угарным газом), тяжелые гипоксии, эпилепсия (прогредиентное течение), дегенеративные заболевания (болезнь Гоше, лейкодистрофии), опухоли мозга.</p> <p>Структура дефекта: мозаичность (одни функции распадаются, другие — сохранны); неравномерность (грубые нарушения одних сфер при относительной сохранности других); наличие очаговой симптоматики (в зависимости от локализации поражения). Клиническая картина: снижение интеллекта (от легкого до глубокого), нарушения памяти (фиксационная амнезия), внимания (истощаемость), критичности, эмоциональная лабильность или тупость, распад приобретенных навыков (чтения, письма, счета, самообслуживания). Прогрессиентность: в отличие от олигофрении, при поврежденном развитии возможна отрицательная динамика (прогрессирование распада)</p>	ЛК, СЗ
		4.14 Проблема распада психических функций в детском и подростковом возрасте.	<p>Деменция (слабоумие) в детском возрасте как исход различных органических поражений мозга. Классификация деменций: 1) по этиологии — посттравматическая, постэнцефалитическая, эпилептическая, сосудистая, при дегенеративных заболеваниях; 2) по клинической картине — лакунарная (преимущественно страдает память, ядро личности сохранно) и тотальная (распад личности, критика, эмоции). Клинические проявления: снижение интеллектуальной продуктивности (неспособность к усвоению нового, решению задач); нарушение памяти (фиксационная амнезия — не помнит текущих событий, конфабуляции); снижение критичности; эмоциональные нарушения (лабильность, апатия, эйфория, дисфория); распад приобретенных навыков (утрата чтения, письма, счета, речи). Особенности детской деменции: прогрессиентность (процесс может нарастать), очаговость (зависит от локализации). Динамика: стационарное течение (после травмы, менингита) или прогрессиентное (эпилепсия, дегенеративные процессы). Дифференциальная диагностика с олигофренией (распад vs недоразвитие) и с временным регрессом (психогенный регресс обратим). Прогноз: зависит от этиологии, возраста начала, тяжести; при стационарном течении — частичная компенсация, при прогрессиентном — неблагоприятный</p>	ЛК, СЗ
		4.15 Клинико-психологические особенности нарушений психических функций вследствие менингитов, менинго-энцефалитов,	<p>Постменингитный синдром: последствия перенесенного менингита или менингоэнцефалита — церебральная астенция (повышенная истощаемость, раздражительность, головные боли), задержка психоречевого развития, снижение памяти и внимания, гидроцефалия (выраженные когнитивные нарушения, двигательная расторможенность или заторможенность). Посттравматическая деменция: последствия</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
			травмах головного мозга, эпилепсии и ревматических заболеваний.	тяжелой ЧМТ — снижение интеллекта, аспонтанность (вялость, апатия, отсутствие побуждений), аффективные расстройства (эйфория, дурашливость, либо апатия), нарушения памяти (фиксационная амнезия), личностные изменения (эгоцентризм, безразличие). Эпилептическая деменция: нарастающее снижение интеллекта при прогрессивном течении эпилепсии — брадифрения (замедленность мышления), вязкость, тугоподвижность (трудности переключения), обстоятельность, конкретность мышления, снижение критичности, эксплозивность (вспышки гнева), дисфории, моральная деградация. Ревматические психические расстройства: астенические состояния, церебральные васкулиты, малая хорей (гиперкинезы, эмоциональная лабильность), возможны психотические состояния (тревога, страх, галлюцинации). Психологическая диагностика: выявление структуры нарушений (какие функции страдают), оценка динамики (прогрессиентность или стационарность)	
		4.16	Психологическая характеристика детей с явлениями деменции.	Снижение интеллекта: от легкого (снижение критичности, социальной компетенции) до глубокого (распад речи, гнозиса, праксиса). Нарушения памяти: фиксационная амнезия (не помнят текущие события, что ели, куда ходили), антероградная амнезия (не помнят события после травмы), ретроградная амнезия (не помнят события до травмы). Нарушения внимания: грубая истощаемость, трудности сосредоточения, повышенная отвлекаемость. Нарушения мышления: конкретность, снижение операций обобщения, абстракции, тугоподвижность (при эпилепсии), разорванность (при прогрессирующих процессах). Эмоциональная сфера: лабильность (быстрая смена настроения), апатия (безразличие, отсутствие интересов), эйфория (немотивированное веселье, дурашливость — при поражении лобных долей), дисфория (злобно-тоскливое настроение — при эпилепсии), эмоциональная тупость (отсутствие эмоций). Личностные изменения: снижение критичности, эгоцентризм, безразличие к близким, расторможенность влечений, социальная дезадаптация. Распад приобретенных навыков: утрата навыков самообслуживания (одевание, умывание, прием пищи), школьных навыков (чтение, письмо, счет), профессиональных навыков. Поведение: хаотичное, нецеленаправленное, либо заторможенное, застывание в однообразных позах.	ЛК, СЗ
		4.17	Типы органической деменции (травматическая, эпилептическая и т.д.).	Травматическая деменция: возникает после тяжелой черепно-мозговой травмы; клиническая картина — психоорганический синдром (снижение интеллекта, памяти, критичности, аффективная лабильность, аспонтанность); часто сочетается с апатико-абулическим синдромом (вялость, безразличие, отсутствие побуждений); при поражении лобных долей — эйфория, дурашливость, расторможенность; характерно стационарное течение (дефект не нарастает). Эпилептическая деменция: развивается при прогрессивном течении эпилепсии (частые припадки); клиническая картина — брадифрения (замедленность всех психических процессов), вязкость (трудности переключения), обстоятельность (застывание на деталях), конкретность мышления, эксплозивность (вспышки гнева, агрессии), дисфории, снижение критичности, моральная деградация; характерно прогрессиентное течение (постепенное нарастание). Постэнцефалитическая деменция: после перенесенного энцефалита; клиническая картина — грубые когнитивные нарушения, гиперкинезы, двигательные расстройства, эндокринные нарушения. Сосудистая деменция: при сосудистых заболеваниях мозга (инсульты, васкулиты); характеризуется ступенеобразным нарастанием дефекта (после	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				каждого сосудистого эпизода). Деменция при дегенеративных заболеваниях (болезнь Гоше, лейкодистрофии): редкие формы, характеризуются прогрессирующим распадом всех функций	
		4.18	Прогноз развития детей с явлениями деменции.	Прогноз зависит от этиологии, возраста начала, тяжести поражения, своевременности лечения и качества реабилитации. Стационарное течение (посттравматическая, постэнцефалитическая деменция): при отсутствии прогрессивности возможна частичная компенсация за счет пластичности детского мозга; восстановление нарушенных функций (речи, движений, памяти) в процессе реабилитации; ребенок может вернуться к обучению по адаптированной программе; формируются компенсаторные механизмы (использование сохранных функций). Прогрессирующее течение (эпилептическая деменция, дегенеративные заболевания): прогноз неблагоприятный — дефект нарастает, распад функций прогрессирует; требуется постоянное медицинское сопровождение (противосудорожные, нейропротекторы), уход, социальная поддержка. Факторы, улучшающие прогноз: раннее начало реабилитации, структурированная среда, охранительный режим, семейная поддержка, отсутствие дополнительных вредностей (инфекции, травмы, стрессы). Роль психолога: диагностика динамики состояния, поддержка семьи, обучение родителей методам ухода и общения. Социальный прогноз: от частичной самостоятельности (при легких формах) до полной зависимости от окружающих (при тяжелых).	ЛК, СЗ
		4.19	Возможности обучения и воспитания детей с явлениями деменции.	Принципы обучения: максимальная индивидуализация, использование сохранных функций, наглядность, эмоциональное подкрепление, многократное повторение, утилитарная направленность (формирование навыков самообслуживания, социально-бытовой ориентировки). Формы обучения: индивидуальное обучение на дому (при тяжелых формах), специализированные классы в коррекционных школах, школы-интернаты для детей с тяжелыми множественными нарушениями. Содержание обучения: формирование элементарных навыков самообслуживания (одевание, умывание, прием пищи, туалет); развитие коммуникативных навыков (использование альтернативной коммуникации — жесты, карточки, пиктограммы); социально-бытовая ориентировка (ориентация в пространстве, поведение в общественных местах); элементарные трудовые навыки (сортировка, упаковка, простые операции). Роль воспитания: структурированный режим дня, создание предсказуемой среды (снижение тревоги), терпеливое, доброжелательное отношение, избегание перегрузок и стрессов. Роль семьи: обучение родителей методам ухода и общения, психологическая поддержка, социальная помощь. Ограничения: дети с тяжелой деменцией не обучаются академическим навыкам (чтение, письмо, счет); цель — максимально возможная социальная адаптация	ЛК, СЗ
		4.20	Дефицитарное развитие.	Определение дефицитарного развития как типа дизонтогенеза, связанного с грубым недоразвитием или повреждением анализаторных систем (зрение, слух, речь) или опорно-двигательного аппарата, а также с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями. В отличие от других типов дизонтогенеза, первичный дефект при дефицитарном развитии затрагивает не мозг в целом (как при УО или деменции), а отдельные сенсорные или моторные системы, при этом интеллектуальная сфера может быть сохранна или страдает вторично. Основная проблема: сенсорная депривация (ограничение потока информации из-за дефекта анализатора) и социальная депривация	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				(ограничение общения). Классификация по дефекту: нарушения зрения (слепые, слабовидящие), нарушения слуха (глухие, слабослышащие), нарушения речи (алалия, афазия, дизартрия), нарушения опорно-двигательного аппарата (ДЦП, ампутации), тяжелые соматические заболевания (онкология, бронхиальная астма, сахарный диабет, пороки сердца), сочетанные (сложные) дефекты (слепоглухота, сочетание ДЦП с нарушением зрения). Роль сохранных анализаторов в компенсации дефекта	
		4.21	Психологическая характеристика детей с грубым недоразвитием либо повреждением отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидирующих хронических соматических заболеваний.	Психология слепых и слабовидящих: первичный дефект — нарушение зрительного восприятия; вторичные нарушения — задержка пространственной ориентировки, вербализм (разрыв между словом и конкретным образом), трудности формирования предметных представлений, особенности личности (тревожность, зависимость, эгоцентризм). Компенсация: обострение осязания, слуха, обоняния. Психология глухих и слабослышащих: первичный дефект — нарушение слухового восприятия; вторичные — задержка речи (вплоть до мутизма), снижение вербального интеллекта, конкретность мышления, особенности личности (замкнутость, подозрительность, импульсивность). Компенсация: развитие зрительного восприятия (чтение с губ), вибрационной чувствительности. Психология детей с нарушениями речи (алалия, дизартрия, заикание): первичный дефект — недоразвитие или повреждение речевых зон или периферического речевого аппарата; вторичные — задержка познавательного развития (речь — орудие мышления), трудности общения, личностные реакции (логофобия при заикании). Психология детей с ДЦП: первичный дефект — двигательные нарушения (парезы, гиперкинезы, нарушения координации); вторичные — задержка психоречевого развития, сенсорные нарушения (зрение, слух), эпилептический синдром, особенности личности (инфантилизм, зависимость, эгоцентризм, либо тревожность, ранимость). Психология соматически ослабленных детей (соматогении): астенизация, быстрая истощаемость, снижение работоспособности, тревожность, ипохондричность, задержка развития (при длительных заболеваниях).	ЛК, СЗ
		4.22	Соотношение первичного и вторичного дефектов в формировании психических нарушений.	Первичный дефект при дефицитарном развитии — повреждение или недоразвитие анализаторной или двигательной системы. Вторичные нарушения формируются опосредованно, через механизмы сенсорной и социальной депривации. Примеры: при слепоте первичный дефект — отсутствие зрения, вторичные — недостаточность пространственных представлений, вербализм, трудности ориентировки. При глухоте первичный дефект — снижение слуха, вторичные — недоразвитие речи, снижение вербального интеллекта. При ДЦП первичный дефект — двигательные нарушения, вторичные — задержка развития (ограничение манипулятивной деятельности), речевые нарушения (дизартрия). Закон Л.С. Выготского: чем дальше вторичный дефект отстоит от первичного (чем выше по иерархии психических функций), тем больше он поддается коррекции и профилактике. Раннее вмешательство: чем раньше начать коррекционную работу (компенсация сенсорного дефекта, развитие обходных путей), тем меньше выражены вторичные нарушения. Примеры успешной профилактики: ранняя коррекция слуха (слуховые аппараты, кохлеарная имплантация) позволяет развить речь и избежать ЗПР; ранняя коррекция зрения (окуляция, обучение ориентировке) — избежать вербализма и пространственных нарушений. Значение для психологической практики: диагностика должна выявлять не только первичный	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				дефект, но и всю систему вторичных нарушений; коррекция должна быть направлена прежде всего на предупреждение и преодоление вторичных дефектов.	
		4.23	Особенности эмоционально-личностной сферы.	<p>Общие закономерности формирования эмоционально-личностной сферы при дефицитном развитии. Факторы, влияющие на личность: характер и время возникновения дефекта (врожденный vs приобретенный), отношение семьи к дефекту, социальное окружение, успешность компенсации. Типичные личностные особенности: 1) Зависимость, инфантилизм — формируется при гиперопеке (ребенка чрезмерно опекают, не дают проявлять самостоятельность). 2) Эгоцентризм — фиксация на своем дефекте, требовательность к вниманию окружающих. 3) Тревожность, неуверенность — реакция на трудности, неудачи, негативное отношение окружающих. 4) Замкнутость, аутизация — при негативном отношении окружающих, отвержении. 5) Истероидные черты — демонстративность, стремление привлечь внимание (особенно при соматических заболеваниях и ДЦП). 6) Агрессивность — как реакция на фрустрацию, ограничения. 7) Апатия, безразличие — при глубоких поражениях, длительной госпитализации. Роль семейного воспитания: гиперопека → иждивенчество, эгоцентризм; гипоопека, отвержение → тревожность, агрессия, аутизация. Особенности самосознания: формирование «внутренней картины дефекта» (осознание своего дефекта и отношение к нему) — может быть адекватным, заниженным или завышенным. Роль психолога: формирование адекватной самооценки, развитие самостоятельности, коррекция неадекватных форм поведения.</p>	ЛК, СЗ
		4.24	Вопросы компенсации.	<p>Компенсация психических функций при дефицитном развитии — процесс перестройки психической деятельности, направленный на восполнение или замещение нарушенных функций за счет сохранных. Физиологические основы компенсации: пластичность нервной системы, способность неповрежденных участков мозга брать на себя функцию поврежденных (внутрисистемная компенсация) и включение в работу других анализаторных систем (межсистемная компенсация). По Л.С. Выготскому: компенсация идет по линии создания «обходных путей» развития с опорой на сохранные функции. Примеры межсистемной компенсации: при слепоте — обострение осязания (чтение шрифта Брайля), слуха (ориентировка по звуку), обоняния; при глухоте — развитие зрительного восприятия (чтение с губ), вибрационной чувствительности (ощущение ритма через пол); при ДЦП — использование сохранных конечностей для письма и бытовых действий. Внутрисистемная компенсация: перестройка внутри поврежденной системы — при поражении речевых зон коры левого полушария включение правого полушария в речевую деятельность. Социальная компенсация: создание специальных условий обучения и воспитания (технические средства, специальные методики), изменение отношения окружающих к дефекту. Факторы, влияющие на успешность компенсации: время возникновения дефекта (чем раньше, тем пластичнее мозг), тяжесть дефекта, своевременность начала коррекционной работы, личностные особенности ребенка, отношение семьи и социального окружения. Гиперкомпенсация — крайний вариант компенсации, когда дефект становится стимулом для выдающихся достижений (примеры: слепоглая О. Скороходова — ученый, писатель; слепой музыкант Рэй Чарльз). Псевдокомпенсация — внешнее приспособление без реального восстановления функции (например, вербализм при слепоте — использование слов без опоры на чувственный опыт).</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
		4.25	Возможности обучения и воспитания.	<p>Система специального образования для детей с дефицитным развитием в России. Типы специальных (коррекционных) школ: I вид — для глухих детей; II вид — для слабослышащих и позднооглохших; III вид — для слепых; IV вид — для слабовидящих; V вид — для детей с тяжелыми нарушениями речи; VI вид — для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП). Принципы обучения: опора на сохранные анализаторы, использование специальных технических средств (слуховые аппараты, кохлеарные импланты, брайлевские дисплеи, увеличительные устройства), индивидуальный подход, наглядность, практическая направленность. Специальные методики: обучение глухих — дактилология (пальцевая азбука), жестовый язык, чтение с губ; обучение слепых — рельефно-точечный шрифт Брайля, обучение пространственной ориентировке с помощью трости; обучение детей с ДЦП — ЛФК, массаж, логопедическая работа, адаптация письменных принадлежностей.</p> <p>Инклюзивное образование: возможности и ограничения для разных категорий детей с дефицитным развитием. Роль психолога в специальном и инклюзивном образовании: диагностика (выявление структуры дефекта, оценка динамики), разработка адаптированной образовательной программы, коррекционные занятия (развитие ВПФ, эмоционально-волевой сферы, коммуникативных навыков), консультирование педагогов и родителей, психологическая поддержка ребенка. Социально-бытовая адаптация: формирование навыков самообслуживания, безопасного поведения в быту, социально-бытовой ориентировки. Профессиональная подготовка: доступные профессии для разных категорий (массажист, музыкант — для слепых; слесарь, швея — для глухих; программист, переводчик — для лиц с ДЦП).</p>	ЛК, СЗ
		4.26	Искаженное развитие.	<p>Определение искаженного развития как типа дизонтогенеза, характеризующегося асинхронией развития психических функций, когда одни функции резко опережают возрастную норму, а другие грубо отстают, при этом страдает прежде всего эмоционально-аффективная сфера и коммуникация. Наиболее яркая модель искаженного развития — ранний детский аутизм (РДА) и его варианты. Отличие искаженного развития от других типов дизонтогенеза: при задержанном развитии — равномерное отставание, при поврежденном — распад сформированных функций, при недоразвитии — тотальное недоразвитие, при искаженном — диссоциация (высокие способности в одних областях при грубом дефиците в других). Общая характеристика: нарушение коммуникации (нежелание или неспособность вступать в контакт), эмоциональная холодность, стереотипное поведение, аутистимуляция, парциальная одаренность (савантизм — феномен «островков гениальности»). Этиология: генетические факторы (полигенное наследование), органическое поражение ЦНС (дизонтогенез стволово-подкорковых структур), нейрохимические нарушения (серотонин, дофамин). Распространенность: 1-2 случая на 1000 детей (классический аутизм Каннера), 3-4 на 1000 (расстройства аутистического спектра в целом).</p>	ЛК, СЗ
		4.27	Психологическая характеристика эмоциональных и познавательных процессов при синдроме раннего детского аутизма	<p>Триада нарушений при РДА (Л. Винг): 1) качественные нарушения социального взаимодействия — избегание контакта (взгляда, телесного, речевого), отсутствие интереса к сверстникам, неспособность к эмпатии, трудности понимания социальных сигналов. 2) качественные нарушения коммуникации — отсутствие или задержка речи (мутизм), эхолалии (неосмысленное повторение слов), инверсия местоимений (называние себя во 2-м и 3-м лице), неспособность к диалогу, использование</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
			различного генеза.	<p>невербальной коммуникации (жесты, крик). 3) стереотипное поведение — ограниченный круг интересов, однообразные действия (вращение предметов, раскачивание), ритуалы (привязанность к порядку, маршруту, одежде), аутостимуляция (стереотипии, направленные на получение сенсорных ощущений). Особенности познавательной сферы: восприятие — сенсорная гипер- или гипочувствительность (непереносимость звуков, света, прикосновений), фрагментарность (восприятие отдельных деталей, а не целого); внимание — трудности произвольного сосредоточения, «полевое поведение» (реакция на случайные стимулы), гиперфиксация на значимом объекте; память — высокая механическая память (запоминание больших объемов информации без осмысления), трудности смыслового запоминания; мышление — конкретность, буквальность понимания, трудности символизации, метафор, абстракции, «когнитивная ригидность» (трудности переключения). Интеллект: от глубокой умственной отсталости до парциальной одаренности (савантизм — феномен выдающихся способностей в одной области при глубоком дефиците в других: музыка, математика, календарные вычисления, изобразительное искусство).</p>	
		4.28	Аутизм и аутистические синдромы в детском возрасте, их классификация.	<p>Синдром Каннера (классический ранний детский аутизм): манифестация в возрасте до 2,5-3 лет; триада нарушений в полном объеме; часто сочетается с умственной отсталостью (около 70% случаев); характерны стереотипии, аутостимуляция, мутизм или эхоталии; прогноз — требует пожизненного сопровождения. Синдром Аспергера (высокофункциональный аутизм): манифестация позже (после 3-5 лет); сохраненный интеллект (часто выше среднего) и речь (развернутая, но формальная, с необычными интонациями, педантичная); трудности социального взаимодействия (наивность, неловкость, непонимание намеков), узкие интенсивные интересы («особые интересы»), неуклюжесть моторики; прогноз более благоприятный, могут учиться в обычной школе, но нуждаются в социальной поддержке. Синдром Ретта: встречается только у девочек (летальный у мальчиков); манифестация в возрасте 6-18 месяцев — нормальное развитие, затем регресс (потеря целенаправленных движений рук, стереотипии по типу «мытья рук», остановка роста головы, тяжелая умственная отсталость, нарушения дыхания, эпилепсия); прогноз неблагоприятный. Дезинтегративное расстройство детского возраста (болезнь Геллера): манифестация после 2 лет (чаще в 3-4 года); после периода нормального развития — быстрый регресс (потеря речи, социальных навыков, игровых умений, контроля тазовых органов); прогноз очень неблагоприятный — глубокая инвалидность. Атипичный аутизм: манифестация после 3 лет, либо неполная триада нарушений. Расстройства аутистического спектра (РАС) — современный термин, объединяющий все варианты с континуумом от тяжелых до легких форм.</p>	ЛК, СЗ
		4.29	Специфика эмоциональной регуляции при РДА, ведущие патопсихологические синдромы.	<p>Нарушение аффективной сферы как ядерное при РДА. Уровни аффективной регуляции по О.С. Никольской: 1) уровень аффективной пластичности (адаптация к среде) — наиболее грубо нарушен, что проявляется в полевом поведении, отсутствии реакции на дискомфорт, трудностях приспособления. 2) уровень аффективных стереотипов (автоматическая регуляция) — гипертрофирован, проявляется в стереотипиях, ритуалах, аутостимуляции как защите от перегрузки. 3) уровень аффективной экспансии (активная адаптация) — нарушен, что проявляется в страхах (фобии),</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				агрессии (при нарушении ритуалов, порядка). 4) уровень эмоционального контроля (произвольная регуляция) — резко снижен, что проявляется в трудностях понимания эмоций других, неспособности к эмпатии, неадекватной оценке ситуации. Ведущие патопсихологические синдромы: 1) синдром аутической отрешенности — полное отсутствие контакта, погруженность в аутостимуляцию. 2) синдром аутистического отвержения — избирательный контакт, активное избегание неприятных воздействий, агрессия. 3) синдром аутистической захваченности — сверхценные интересы, патологическое фантазирование, отрыв от реальности. 4) синдром сверхтормозимости — тревожность, робость, застенчивость, страх новизны (характерен для синдрома Аспергера). Страхи при РДА: дифференцированные (боязнь звуков, света, прикосновений) и недифференцированные (немотивированные приступы паники). Агрессия и аутоагрессия: как реакция на нарушение ритуала, сенсорную перегрузку, фрустрацию.	
		4.30	Клинико-психологическая структура нарушений при искаженном развитии.	Неравномерность (диссоциация) психического развития как основа структуры дефекта при РДА. Соотношение сохранных и нарушенных функций. Сохранные функции: механическая память (способность запоминать большие объемы информации — даты, таблицы, стихи, схемы), техническое мышление (интерес к конструкторам, компьютерам, механизмам), сенсомоторная координация (сборка пазлов, рисование), отдельные виды интеллектуальной деятельности (математические способности — при синдроме Аспергера). Нарушенные функции: социальное взаимодействие (понимание эмоций, намерений, правил общения), коммуникативные навыки (диалог, понимание метафор, иронии), воображение (символическая игра), произвольная регуляция, переключение внимания, абстрактно-логическое мышление (в тяжелых случаях). Иерархия нарушений: первичный дефект — предположительно нарушение стволово-подкорковых структур, отвечающих за эмоциональную регуляцию и интеграцию сенсорной информации. Вторичные нарушения: недоразвитие коммуникации, социального взаимодействия, речи, познавательных процессов, формирование стереотипных форм поведения как компенсаторных механизмов (защита от сенсорной и эмоциональной перегрузки). Третичные нарушения: личностные изменения — эгоцентризм, отстраненность, трудности самооценки. Дифференциальная диагностика РДА с шизофренией (при шизофрении — продуктивная симптоматика, бред, галлюцинации, прогрессивность; при РДА — нет), с УО (при РДА — парциальная одаренность, диссоциация), с ЗПР (при ЗПР — обратимость, нет столь грубых нарушений коммуникации).	ЛК, СЗ
		4.31	Виды коррекции.	Комплексный подход к коррекции РДА: сочетание психолого-педагогической коррекции, логопедической помощи, медикаментозной терапии (при необходимости), работы с семьей. Поведенческая терапия: АВА-терапия (Applied Behavior Analysis) — прикладной анализ поведения, основан на формировании навыков через разбиение на мелкие шаги и подкрепление; эффективна для формирования коммуникативных, социальных, учебных, бытовых навыков, снижения нежелательного поведения (стереотипий, агрессии). ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) — структурированное обучение, основанное на визуальной поддержке (карточки, расписания, четкая организация пространства). Коммуникативные системы: PECS (Picture Exchange Communication System) — система	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>обмена картинками для невербальных детей; использование альтернативной и дополнительной коммуникации (жесты, пиктограммы, коммуникативные доски). Сенсорная интеграция (Э. Джин Айрес) — коррекция сенсорных нарушений через специальные упражнения (сенсорные комнаты, балансировка, глубокое давление). Игровая терапия: обучение символической игре, социальным навыкам через совместную игру. Холдинг-терапия (М. Уэлш) — установление эмоционального контакта через физическое удержание (спорный метод, применяется ограниченно). Социальные истории (К. Грей) — обучение пониманию социальных ситуаций через короткие истории. Медикаментозная коррекция: нейролептики (рисперидон) — для коррекции агрессии, стереотипий, возбуждения; антидепрессанты (флуоксетин) — при тревоге, навязчивостях; психостимуляторы — при сопутствующем СДВГ; противосудорожные — при эпилепсии. Роль семьи: обучение родителей методам поведенческой коррекции, создание предсказуемой среды, соблюдение режима, психологическая поддержка родителей.</p>	
		4.32	Дисгармоничное развитие.	<p>Определение дисгармоничного развития как типа дизонтогенеза, характеризующегося нарушением формирования эмоционально-волевой сферы, характера и личности в целом, при относительной сохранности познавательной деятельности (интеллект часто не страдает или страдает вторично). Основные клинические формы: психопатии (расстройства личности конституционального генеза) и патохарактерологические развития личности (приобретенные под влиянием неблагоприятных условий воспитания). Акцентуации характера — крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, но еще не достигают патологического уровня (дезадаптация возникает только в определенных, психотравмирующих ситуациях). Критерии психопатии по П.Б. Ганнушкину: 1) тотальность (патологические черты проявляются во всех ситуациях — в семье, школе, с друзьями); 2) стабильность (сохраняются в течение всей жизни, не меняются кардинально); 3) социальная дезадаптация (приводят к трудностям в учебе, работе, отношениях). Отличие психопатии от акцентуации: при акцентуации дезадаптация возникает только при воздействии психотравмирующих факторов («место наименьшего сопротивления»), а в обычных условиях человек адаптирован. Классификация психопатий (П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербинов, А.Е. Личко): возбудимая (эксплозивная), истерическая (демонстративная), шизоидная (аутистическая), неустойчивая (безвольная), астеническая, психастеническая, паранойяльная, циклоидная, эпилептоидная.</p>	ЛК, СЗ
		4.33	Психологическая характеристика отдельных видов психопатий.	<p>Возбудимая (эксплозивная) психопатия: преобладают черты взрывчатости, импульсивности, гневливости, агрессивности; малейший повод вызывает бурную аффективную вспышку; в межприступный период — злобность, мстительность, подозрительность; в подростковом возрасте — конфликты, драки, агрессивное поведение. Истерическая (демонстративная) психопатия: стремление быть в центре внимания, жажда признания (любой ценой), театральность, наигранность эмоций, фантазирование (патологическая лживость), эгоцентризм, внушаемость, поверхностность суждений; при фрустрации — истерические припадки (падают, не причиняя себе вреда, «кривляются», кричат, плачут). Шизоидная (аутистическая) психопатия: замкнутость, отгороженность от окружающих, погруженность в свой внутренний мир, эмоциональная холодность (неспособность к сопереживанию),</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>странность увлечений (необычные, оригинальные интересы), неконтактность, подозрительность; внешне — угловатость, неловкость, несоответствие реакций. Неустойчивая (безвольная) психопатия: слабость волевых усилий, внушаемость, подчиняемость, стремление к легким удовольствиям, отсутствие привязанностей и чувства долга, лживость, склонность к бродяжничеству, правонарушениям, алкоголизации, наркомании; ведомые, легко попадают под влияние асоциальных личностей. Астеническая психопатия: повышенная истощаемость, утомляемость, раздражительная слабость, тревожность, мнительность, ипохондричность, обидчивость, сенситивность (чувствительность к замечаниям), трудности принятия решений. Психастеническая психопатия: тревожная мнительность, склонность к навязчивостям (сомнениям, страхам, действиям), педантизм, ригидность, постоянное самоанализирование («умственная жвачка»), нерешительность. Эпилептоидная психопатия: дисфории (злобно-тоскливое настроение), взрывчатость, вязкость, педантичность, злопамятность, мстительность, садистские наклонности; по внешнему виду — слащавость, угодливость в общении с начальством и жестокость с подчиненными.</p>	
		4.34	Роль нарушений темперамента.	<p>Темперамент — врожденная, биологически обусловленная характеристика личности, определяющая динамику психической деятельности (темп, интенсивность, переключаемость, эмоциональность). Свойства темперамента по Б.М. Теплову и В.Д. Небылицыну: активность, чувствительность, реактивность (сила эмоциональной реакции), темп, пластичность/ригидность, экстраверсия/интроверсия, эмоциональная возбудимость. Типы темперамента (Гиппократ-Гален-Павлов): холерик (сильный, неуравновешенный, подвижный) — склонность к возбудимым чертам, эксплозивности; сангвиник (сильный, уравновешенный, подвижный) — предрасположенность к норме; флегматик (сильный, уравновешенный, инертный) — склонность к вязкости, ригидности, инертности (эпилептоидные черты); меланхолик (слабый, неуравновешенный) — склонность к астеническим, тревожным чертам. Акцентуации темперамента: экстравертированная акцентуация (сангвинический и гипертимный типы) — общительность, оптимизм, но легкомыслие, неустойчивость; интровертированная акцентуация (шизоидный, сенситивный типы) — замкнутость, погруженность в себя. Роль темперамента в формировании психопатий: темперамент является «почвой», на которой при неблагоприятных условиях воспитания формируются патологические черты характера. Например, экстравертированный темперамент + гиперопека = истерическая психопатия; экстравертированный темперамент + гипоопека = неустойчивая психопатия; интровертированный темперамент + эмоциональное отвержение = шизоидная психопатия; сильный неуравновешенный темперамент + жестокое обращение = возбудимая психопатия; слабый темперамент + гиперопека = астеническая психопатия. Значение учета темперамента для коррекции: не пытаться переделать темперамент, но учитывать его при выборе методов воспитания и психотерапии.</p>	ЛК, СЗ
		4.35	Роль неблагоприятных условий воспитания и окружения в формировании психопатической личности.	<p>Патохарактерологическое развитие личности (психогенное патологическое развитие личности) — вариант дисгармонического развития, возникающий в результате длительного воздействия неблагоприятных условий воспитания, в отличие от психопатий (конституциональная основа). Типы неправильного воспитания и их</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>последствия. Гиперопека (чрезмерная опека, контроль, подавление самостоятельности): формирует иждивенчество, инфантилизм, эгоцентризм, требовательность к вниманию, тревожность, неуверенность в своих силах; может привести к астеническому, истерическому, неустойчивому типу патохарактерологического развития. Гипоопека (безнадзорность, отсутствие контроля, внимания, тепла): формирует безответственность, лживость, стремление к легким удовольствиям, подчиняемость асоциальным влияниям, делинквентное поведение; приводит к неустойчивому типу. Воспитание по типу «кумир семьи» (восхищение, потакание всем желаниям): формирует эгоцентризм, демонстративность, истерические черты, требовательность, неспособность считаться с другими. Воспитание по типу «Золушка» (эмоциональное отвержение, унижение, сравнение не в пользу ребенка): формирует тревожность, сенситивность, неуверенность, озлобленность, завистливость, может привести к астеническому, шизоидному, возбудимому типу. Воспитание в условиях жестокого обращения (физические наказания, унижения, запугивание): формирует агрессивность, озлобленность, жестокость, либо тревожность, подавленность, суицидальные тенденции; приводит к возбудимому, эпилептоидному типу. Воспитание в условиях противоречивого воспитания (разные требования от разных членов семьи): формирует неуверенность, тревожность, лицемерие, приспособленчество. Воспитание в условиях повышенной моральной ответственности (раннее возложение взрослых обязанностей): формирует тревожность, психастенические черты, невротические реакции.</p>	
		4.36	Акцентуации характера в подростковом возрасте, классификация и основные клинико-психологические характеристики.	<p>Акцентуации характера — крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, что проявляется в уязвимости к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим. Классификация акцентуаций по А.Е. Личко (для подросткового возраста). Гипертимный тип: повышенное настроение, активность, инициативность, общительность, но легкомыслие, неусидчивость, склонность к риску, нарушению дисциплины; «слабое место» — гиперопека, жесткая дисциплина. Циклоидный тип: смена периодов подъема (гипертимность) и спада (субдепрессия) настроения; в субдепрессивную фазу — вялость, апатия, замкнутость, снижение работоспособности; «слабое место» — ломка стереотипов. Лабильный тип: чрезмерная изменчивость настроения (несколько раз в день), эмоциональная чувствительность, зависимость от похвалы и порицания; «слабое место» — эмоциональное отвержение, утрата близких. Астеноневротический тип: повышенная утомляемость, раздражительность, ипохондричность, плохая переносимость физических и психических нагрузок. Сенситивный тип: повышенная чувствительность, впечатлительность, чувство неполноценности, боязнь насмешек, трудности адаптации в новом коллективе. Шизоидный тип: замкнутость, отгороженность, погруженность в свой внутренний мир, эмоциональная холодность, необычность интересов, трудности в общении. Эпилептоидный тип: напряженность, инертность, вязкость, педантичность, дисфории, взрывчатость, борьба за лидерство с жесткостью. Истероидный тип: эгоцентризм, жажда признания, демонстративность, фантазирование, стремление быть в центре внимания. Неустойчивый тип: слабоволие, внушаемость, подчиняемость, стремление к удовольствиям, избегание труда, пассивность. Конформный тип: подчиняемость мнению группы, консерватизм,</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				стереотипность, некритичность, подверженность влиянию окружения. Диагностика акцентуаций: Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко.	
		4.37	Компенсаторные и псевдокомпенсаторные образования при различных видах психопатий.	Компенсация при психопатиях — процесс приспособления личности к социальным требованиям, ослабления проявлений патологических черт. Механизмы компенсации: формирование гиперкомпенсаторных черт (сверхчувствительность — забота о слабых); выбор деятельности, соответствующей патологическим чертам (шизоид — научная деятельность, требующая уединения; истероид — артистическая карьера, педагогика); создание устойчивых стереотипов поведения (эпилептоид — педантичный порядок, который помогает контролировать импульсы); уход в увлечения (хобби-терапия). Роль социальной среды: благоприятное окружение, правильное воспитание, профессиональная деятельность могут полностью компенсировать психопатические черты (человек адаптирован, успешен). Псевдокомпенсаторные образования (псевдокомпенсация) — способы приспособления, которые не ведут к реальной компенсации, а создают видимость адаптации, часто за счет социально неприемлемых форм поведения. Примеры: алкоголизация — снятие тревоги, напряжения, но ведет к деградации; наркотизация; уход в асоциальные группы — получение признания и поддержки в криминальной среде; бродяжничество (дромомания) — как уход от ответственности; суицидальное поведение (демонстративно-шантажное) — как способ манипуляции; патологическое фантазирование — уход в вымышленный мир; ипохондрическая фиксация — получение внимания через болезнь. Значение различения компенсации и псевдокомпенсации для психологической коррекции: задача психолога — помочь найти адекватные способы компенсации (спорт, творчество, наука, общественная работа) и предотвратить формирование псевдокомпенсаторных механизмов (профилактика аддикций, делинквентности).	ЛК, СЗ
		4.38	Психогенные реакции детского и подросткового возраста.	Психогенные реакции — временные, обратимые нарушения поведения и эмоционального состояния, возникающие в ответ на психотравмирующую ситуацию, в отличие от психопатий (стабильны) и патохарактерологических развитий (длительные формирования). Реакции протеста: активный протест — грубость, агрессия, непослушание, демонстративное нарушение правил, порча вещей (возникает при ущемлении значимых потребностей, несправедливом наказании); пассивный протест — отказ от еды, от общения, уход в себя, мутизм (избирательный или тотальный), уход из дома (возникает при эмоциональном отвержении, несправедливом обращении). Реакция отказа: возникает у детей раннего возраста при отрыве от матери (госпитализм), помещении в незнакомую обстановку — отказ от активного контакта, от еды, от игры, застывание, безразличие. Реакция имитации: подражание поведению значимого лица (родителя, старшего брата, кумира) — может быть позитивной (усвоение полезных навыков) и негативной (копирование асоциального поведения, вредных привычек, жаргона). Реакция компенсации: стремление восполнить недостаток в одной сфере успехами в другой (физически слабый ребенок много читает, отличник). Реакция гиперкомпенсации: стремление достичь успеха именно в той сфере, где он слаб (робкий — в лидеры, физически слабый — в спорт). Реакция эмансипации (подростковый возраст): стремление освободиться от опеки взрослых, утвердить самостоятельность, независимость — проявляется в критике взрослых, отрицании авторитетов, следовании своей моде, своим вкусам, иногда — в уходах из	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>дома, бродяжничестве. Реакция группирования со сверстниками: потребность в объединении с другими подростками, часто — стихийные группы с асоциальной направленностью (риск делинквентности). Реакция увлечения (хобби-реакции): интенсивные интересы в подростковом возрасте — информационно-коммуникативные (компьютер, музыка), интеллектуально-эстетические (наука, искусство), телесно-мануальные (спорт, ремесло), эгоцентрические (актерство), лидерские, азартные. Патологические формы реакций: когда реакции становятся стойкими, приводят к дезадаптации и выходят за пределы нормы (например, уходы из дома становятся систематическими, мутизм — длительным).</p>	
		4.39	<p>Патохарактерологические развития личности.</p>	<p>Патохарактерологическое (патологическое) развитие личности — формирование стойких патологических черт характера под влиянием длительной психотравмирующей ситуации, в отличие от психопатий (конституциональных). Механизм: хроническая психотравмирующая ситуация (неправильное воспитание, конфликтная обстановка в семье, школьная неуспеваемость, отвержение сверстниками) ведет к фиксации неадекватных способов реагирования, которые постепенно становятся стойкими личностными чертами. Типы патохарактерологического развития (по А.Е. Личко): 1) Возбудимый тип — формируется в условиях гипоопеки, жестокого обращения; черты — взрывчатость, агрессивность, конфликтность. 2) Истероидный тип — формируется в условиях воспитания по типу «кумир семьи»; черты — демонстративность, эгоцентризм, лживость. 3) Неустойчивый тип — формируется в условиях гипоопеки, безнадзорности; черты — слабоволие, внушаемость, подчиняемость асоциальным влияниям. 4) Астенический тип — формируется в условиях гиперопеки, воспитания «в тепличных условиях», либо длительной соматической ослабленности; черты — тревожность, сенситивность, ипохондричность, истощаемость. 5) Шизоидный тип — формируется в условиях эмоционального отвержения, изоляции; черты — замкнутость, отгороженность, аутистичность. Отличие от психопатий: при патохарактерологическом развитии есть четкая связь с психотравмирующей ситуацией; при изменении ситуации возможна частичная или полная компенсация; формируется в любом возрасте (не только в детстве). Примеры: патохарактерологическое развитие у ребенка с ЗПР, которого дразнят в школе и отвергают родители → формирование тревожно-избегающих черт; патохарактерологическое развитие у ребенка с ДЦП, которого гиперопекают → формирование иждивенчества, эгоцентризма. Роль психолога: своевременное выявление неблагоприятных условий, коррекция семейной ситуации, психотерапия для предотвращения фиксации патологических черт, формирование адекватных способов реагирования.</p>	ЛК, СЗ
Раздел 5	Актуальные проблемы детско-подростковой клинической психологии	5.1	<p>Нарушение поведения и эмоций в детском возрасте: суицидальное поведение, расстройства пищевого поведения, нарушение сферы влечений, социально-опасная агрессия у детей.</p>	<p>Суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте: демографическая статистика (рост суицидов среди подростков), факторы риска (депрессия, психотравмирующая ситуация, конфликты с родителями и сверстниками, буллинг, употребление ПАВ), типы суицидального поведения (истинный суицид, демонстративно-шантажное, аффективное). Парасуицид — суицидальные попытки без намерения умереть (демонстративные порезы, отравления). Роль психолога в суицидологической помощи: выявление суицидальных намерений (прямые и косвенные признаки), работа с суицидальным кризисом (телефон доверия, кризисная психотерапия), постсуицидальное сопровождение. Расстройства пищевого поведения</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>(РПП): нервная анорексия — отказ от еды, значительная потеря веса (не менее 15%), искажение образа тела (дисморфофобия), аменорея; часто у девочек-подростков; нервная булимия — приступы переедания с последующей компенсаторной рвотой, приемом слабительных, изнурительными тренировками; психогенное переедание. Роль психолога: диагностика (выявление РПП, дифференциация от соматических заболеваний), психотерапия (когнитивно-поведенческая, семейная), работа с дисморфофобией. Нарушение сферы влечений: дромомания (патологическое влечение к бродяжничеству, уходам из дома) — возникает при психопатиях, ЗПР, после ЧМТ; пиромания (влечение к поджогам) — часто сочетается с агрессией, может быть при психопатиях, олигофрении; клептомания (влечение к воровству) — импульсивные кражи без материальной выгоды, при психопатиях, расстройствах влечений. Социально-опасная агрессия у детей и подростков: формы (физическая, вербальная, косвенная), буллинг в школе (травля) — агрессор, жертва, наблюдатели; кибербуллинг (травля в интернете). Групповые правонарушения несовершеннолетних (хулиганство, грабежи). Роль психолога: диагностика агрессивного поведения (опросники, тест руки, тест Розенцвейга), коррекция (тренинги агрессии, работа с гневом, медиация), профилактика буллинга в школе (создание безопасной среды, информирование педагогов и родителей).</p>	
		5.2	<p>Этические и правовые аспекты оказания психологической помощи семьям с психически больным ребенком.</p>	<p>Принципы профессиональной этики клинического психолога при работе с детьми и их семьями: не навреди (принцип примата интересов пациента), конфиденциальность (неразглашение информации без согласия родителей, за исключением случаев, предусмотренных законом — угроза жизни, жестокое обращение), информированное согласие (родители должны быть проинформированы о целях, методах, рисках и пользе вмешательства, дать письменное согласие), компетентность (работа только в рамках своей квалификации), уважение достоинства личности (безоценочное, принимающее отношение). Правовые основы: Конвенция о правах ребенка (право на образование, медицинскую помощь, защиту от жестокого обращения, право выражать свое мнение). ФЗ №273 «Об образовании в Российской Федерации» (ст. 79 — организация получения образования обучающимися с ОВЗ). ФЗ №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 5 — права несовершеннолетних при оказании психиатрической помощи; ст. 23 — госпитализация в психиатрический стационар — добровольная и недобровольная). Приказ Минобрнауки №1082 «Об утверждении Положения о ПМПК». Границы конфиденциальности: случаи, когда психолог обязан нарушить конфиденциальность (сообщить в опеку, полицию) — угроза жизни и здоровью ребенка (суицидальные намерения), факты жестокого обращения с ребенком, сексуального насилия, противоправные действия подростка (криминал). Взаимодействие со смежными специалистами: психиатр, невролог, педагог, логопед, социальный педагог, органы опеки. Стигматизация семей, имеющих детей с психическими нарушениями: проблема общественного осуждения, изоляции, вины родителей. Психологическая помощь родителям: работа с чувством вины, стыда, тревоги; обучение навыкам взаимодействия с ребенком; психотерапия родительско-детских отношений; поддержка сиблингов (здоровых братьев и сестер). Сообщение диагноза родителям: этические принципы (тактичность, честность без жестокости, ориентация на возможности и ресурсы,</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				избегание ярлыков). Правовая защита прав ребенка с ОВЗ: право на образование (адаптированная программа, специальные условия), право на медицинскую помощь, на социальные льготы (пенсия по инвалидности).	
Раздел 6	Психологические методы исследования аномального ребенка.	6.1	Направленное наблюдение, качественный анализ психического развития ребенка.	Наблюдение как основной метод в психологии аномального развития (особенно в работе с невербальными детьми, при РДА, тяжелой УО). Отличие направленного наблюдения от бытового: целенаправленность, плановость, регистрация результатов, использование схем наблюдения. Схемы наблюдения: за игровой деятельностью (сюжет, роль, использование предметов, длительность, стереотипность), за коммуникацией (инициативность, способы контакта, реакция на обращение), за эмоциональными реакциями (адекватность, интенсивность, лабильность), за поведением в учебной ситуации (включенность, отвлекаемость, реакция на похвалу и порицание), за двигательной активностью (расторженность, заторможенность, стереотипии). Метод «срезов» (фиксация поведения в определенные моменты) и метод «продольного наблюдения» (лонгитюд). Качественный анализ психического развития: в отличие от количественного (тесты), качественный анализ выявляет структуру дефекта — какие функции сохранены, какие нарушены, характер взаимосвязей между ними. Принципы качественного анализа (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский): анализ не изолированного результата, а процесса деятельности; оценка не только конечного продукта, но и способа действия; выявление «зоны ближайшего развития» (что ребенок может с помощью); анализ отношения ребенка к задаче, к ошибкам, к помощи. Пример: при выполнении методики «Кубики Коса» важно не только время и правильность, но и как ребенок действует (метод проб и ошибок, зрительное соотнесение, планирование), принимает ли помощь, критичен ли к результату.	ЛК, СЗ
		6.2	Нейро- и патопсихологические методы исследования.	Принципы нейропсихологического обследования детей (по А.Р. Лурия, адаптации Т.В. Ахутиной, Ю.В. Микадзе). Пробы на исследование двигательных функций: кинетическая апраксия (проба «кулак-ребро-ладонь»), динамический праксис (графические пробы), оральный праксис. Пробы на исследование гностических функций: зрительный гнозис (узнавание реалистичных, перечеркнутых, наложенных изображений — пробы Поппелрейтера), пространственный гнозис (ориентировка в схеме тела, проба Хэда, «часы»), слуховой гнозис (узнавание ритмов, шумов), тактильный гнозис. Пробы на исследование речи: понимание логико-грамматических конструкций (активный и пассивный залог, пространственные отношения), номинативная функция (называние предметов), повторение звуков, слогов, слов, фраз. Пробы на исследование памяти: запоминание 10 слов (кривая запоминания, отсроченное воспроизведение), зрительная память (запоминание фигур), опосредованное запоминание (пиктограмма — для детей старшего возраста). Патопсихологические методы (по Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн). Методики на исследование мышления: «Классификация» (предметная и вербальная) — выявляет уровень обобщения, конкретность, разноплановость, актуализацию латентных признаков; «Исключение предметов» (4-й лишний) — аналогично; «Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Сравнение понятий»; «Толкование пословиц и метафор» — выявляет понимание переносного смысла, конкретность. Методики на исследование внимания: «Корректирующая проба» (таблица Бурдона) — на устойчивость,	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				переключаемость, истощаемость; «Таблицы Шульте» — на скорость переключения; «Отыскивание чисел» (красно-черные таблицы). Методики на исследование уровня притязаний и самооценки (методика Шварцландера, варианты).	
		6.3	Экспериментальное обучение как метод диагностики нарушений развития.	Понятие «обучаемости» как важнейшего диагностического критерия при дифференциальной диагностике ЗПР и УО. Экспериментальное обучение (А.Я. Иванова) — метод, позволяющий выявить зону ближайшего развития и обучаемость ребенка. Схема экспериментального обучения: 1) диагностическая задача (недоступная для самостоятельного решения); 2) обучение (дозированная помощь — от минимальной к максимальной); 3) аналогичная задача (для проверки переноса). Виды помощи: стимулирующая (одобрение, подбадривание), организующая («Посмотри внимательно», «Подумай»), направляющая («Начни с этого», «Сравни с образцом»), обучающая (показ способа действия, совместное выполнение). Показатели обучаемости: восприимчивость к помощи (принимает ли, использует ли), перенос на аналогичные задания (может ли применить усвоенный способ в новой ситуации), самостоятельность выполнения после обучения. Дифференциально-диагностические критерии: при ЗПР — обучаемость высокая (используют помощь, переносят), при УО — низкая (не используют помощь, переноса нет); при педагогической запущенности — быстро догоняют сверстников при создании условий; при деменции — регресс или отсутствие обучаемости. Пример: методика «Опосредованное запоминание» (пиктограмма) — ребенок с ЗПР после обучения (показ примеров пиктограмм) способен выполнить, с УО — нет.	ЛК, СЗ
		6.4	Психологические тесты.	Тесты интеллекта: Шкала Векслера (WISC) — адаптированный вариант для детей от 5 до 16 лет; вербальная и невербальная шкалы; анализ профиля (разброс субтестов) — диагностическое значение (выявление ЗПР, УО, РДА, СДВГ). Прогрессивные матрицы Равена (цветные для детей 5-11 лет, черно-белые для старших) — на невербальный интеллект, зрительно-пространственное мышление. Школьный тест умственного развития (ШТУР) — для 6-8 классов. Тесты достижений (школьных навыков) — диагностика дислексии, дисграфии, дискалькулии. Проективные методики (выявление эмоционально-личностных особенностей, семейной ситуации): Тематический апперцептивный тест (ТАТ) и его детский вариант (САТ) — для детей от 3 до 10 лет (по картинкам с животными). Тест фрустрации Розенцвейга — выявление типов реакций на фрустрацию (экстрапунитивные, интропунитивные, импунитивные; фиксация на препятствии, самозащите, удовлетворении потребности). «Рисунок семьи» (варианты: «Моя семья», «Кинетический рисунок семьи») — выявление семейных конфликтов, отношений к членам семьи. «Дом-дерево-человек» — диагностика личностных особенностей, тревожности, агрессии. «Несуществующее животное» — диагностика эмоциональных нарушений. Опросники: Детский личностный опросник Кеттелла (CSPQ — для 8-12 лет, HSPQ — для 12-16 лет), Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI/MMPI-A — для подростков), Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко — для диагностики акцентуаций и психопатий у подростков.	ЛК, СЗ
		6.5	Синтетические тесты.	Синтетические тесты — батареи тестов, направленные на комплексную оценку различных сторон психического развития, дающие суммарный показатель (IQ, «возраст развития»). Предназначены для скрининга (быстрого выявления отклонений).	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>Примеры: Шкалы развития Гезелла — для детей от 1 месяца до 6 лет; оценивают моторное развитие, адаптивное поведение, личностно-социальное развитие, речевое развитие; результат — «коэффициент развития» (DQ). Шкала интеллекта для младенцев (Шкала Бейли, Bayley Scales) — для детей от 2 до 30 месяцев; шкалы: умственная (сенсорика, память, решение проблем), моторная, поведенческая. Денверский скрининг-тест (DDST) — для детей от 2 недель до 6 лет; оценивает личностно-социальное развитие, тонкую моторику, речь, крупную моторику; используется для выявления риска задержки развития в первичной медицинской практике. Шкала развития интеллекта (Шкала Стенфорд-Бине) — для детей от 2 лет; вербальные и невербальные субтесты.</p>	
		6.6	<p>Принципы их построения. Критика синтетических тестов.</p>	<p>Принципы построения синтетических тестов: стандартизация (единые нормы для возраста), надежность (стабильность результатов при повторном тестировании), валидность (тест измеряет то, для чего предназначен), наличие возрастных норм (средние показатели для каждого возраста). Результат выражается в количественных показателях (IQ, DQ, возрастной эквивалент). Критика синтетических тестов в специальной психологии: 1) Ориентация на количественную оценку (IQ) не дает представления о структуре дефекта (какие функции нарушены, какие сохранены, механизмы компенсации). 2) Культурная зависимость: тесты созданы на определенной культуральной выборке, не учитывают особенности социальной среды ребенка, особенно при педагогической запущенности, депривации. 3) Нечувствительность к специфике дефекта: ребенок с сенсорным дефектом (слепой, глухой) может не справиться с заданиями, требующими зрения или слуха, что искусственно занижает оценку его интеллекта. 4) Игнорирование качественного анализа процесса деятельности (важен не только результат, но и способ действия, использование помощи). 5) Не учитывают «зону ближайшего развития» (дают только актуальный уровень). Вывод: синтетические тесты могут использоваться для скрининга и ориентировочной оценки, но для диагностической оценки (особенно при дифференциальной диагностике) необходим качественный анализ с использованием аналитических методик и экспериментального обучения.</p>	ЛК, СЗ
		6.7	<p>Аналитические тесты.</p>	<p>Аналитические тесты — методики, направленные на оценку отдельных психических функций (памяти, внимания, мышления, восприятия), в отличие от синтетических (дающих общий показатель). Цель аналитических тестов — выявить структуру нарушений (какие функции страдают, какие сохранены), что особенно важно для дифференциальной диагностики. Примеры аналитических тестов: методика Мейли — исследование оперативной памяти; тест структуры интеллекта Амтхауэра (TSI) — для старших подростков и взрослых; субтесты шкалы Векслера (в аналитическом ключе — не суммарный IQ, а анализ профиля); батарея нейропсихологических проб Лурия (аналитический подход к исследованию ВПФ). Преимущества аналитических тестов: возможность качественного анализа, выявление сильных и слабых сторон, построение «профиля развития», дифференциация вариантов дизонтогенеза. Недостатки: требуют высокой квалификации специалиста, трудоемки, сложнее в интерпретации. Пример: ребенок с ЗПР церебрально-органического генеза — снижение вербальной памяти и внимания при относительной сохранности наглядно-образного мышления; ребенок с РДА — высокая механическая память и грубые нарушения коммуникации; ребенок с</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы	Содержание темы	Вид учебной работы*	
			УО — равномерное снижение всех функций.		
		6.8	«Психологический профиль» Россолимо.	Г.И. Россолимо (русский невропатолог и психолог) разработал в 1910-х гг. метод «Психологического профиля» — один из первых системных подходов к психологической диагностике. Методика включает исследование 11 психических процессов (группированных в 5 разделов): сила (работоспособность, устойчивость внимания), ловкость (координация движений), внимание (объем и переключение), память (зрительная и слуховая), мышление (понимание, комбинаторика, сообразительность). Каждое задание оценивалось в баллах, результаты графически изображались в виде «профиля» (полигона). Значение метода для отечественной психодиагностики: впервые предложен качественно-количественный подход (не только суммарный балл, но и профиль), выявление «сильных» и «слабых» сторон психики. Недостатки: трудоемкость, устаревший стимульный материал, однако идея «профиля» легла в основу многих современных методов (включая шкалу Векслера).	ЛК, СЗ
		6.9	Схема построения и качественный анализ теста Векслера.	Тест Векслера (WISC — для детей, WAIS — для взрослых) — наиболее распространенный в мире тест интеллекта. Структура: вербальная шкала (6 субтестов) — общая осведомленность, понятливость, арифметический, сходство, словарный запас, повторение цифр (дополнительный); невербальная (действенная) шкала (5 субтестов) — шифровка (кодирование символов), недостающие детали, кубики Коса, последовательные картинки, составление фигур (конструктивные). Качественный анализ профиля: 1) Средний IQ (85-115) — норма; ниже 85 — снижение; ниже 70 — УО. 2) Разброс субтестов (индивидуальный профиль) — диагностическое значение: при ЗПР — неравномерность (высокие показатели по одним субтестам, низкие по другим); при УО — равномерное снижение по всем субтестам; при РДА — высокие показатели по невербальной шкале и низкие по вербальной (или наоборот); при СДВГ — низкие по субтестам на внимание (арифметический, шифровка, повторение цифр); при тревожных расстройствах — низкие по субтестам, требующим скорости (шифровка, кубики Коса). 3) Сравнение вербального и невербального IQ: разрыв > 15 пунктов — указывает на специфику нарушения (высокий невербальный при низком вербальном — возможно РДА, ЗПР по типу речевого недоразвития; низкий невербальный при высоком вербальном — возможно ДЦП, сенсомоторная алалия). 4) Анализ процесса выполнения (не только результат) — как ребенок слушает инструкцию, использует ли помощь, критичен ли, как реагирует на трудности.	ЛК, СЗ
		6.10	Критика аналитических тестов.	Несмотря на преимущества аналитических тестов (выявление структуры нарушений), существует ряд критических замечаний: 1) Изолированное изучение отдельных функций вне реальной деятельности — функция исследуется в «чистом виде» (например, память через запоминание 10 слов), но в реальной жизни память включена в мотивационные, регуляторные и смысловые контексты. 2) Недостаточный учет мотивации и эмоционального состояния ребенка (тревожность, негативизм, истощаемость могут исказить результаты, не отражая реальных возможностей). 3) Культурная зависимость стимульного материала (особенно вербальных субтестов) — дети из разных социальных слоев могут иметь разный словарный запас, осведомленность. 4) Не учитывают «зону ближайшего развития» — фиксируют только актуальный уровень. 5) Требуют высокой квалификации специалиста (особенно для качественной интерпретации). 6) Некоторые методики не имеют надежных возрастных	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				норм для детей раннего и дошкольного возраста. Вывод: аналитические тесты должны использоваться в комплексе с другими методами (наблюдение, беседа, экспериментальное обучение, анализ деятельности), а не как единственный инструмент диагностики.	
		6.11	Методы исследования когнитивных процессов.	Обзор экспериментально-психологических методик для исследования когнитивных процессов у детей разного возраста. Исследование восприятия: узнавание реалистичных и контурных изображений, дорисовывание незаконченных изображений, узнавание наложенных изображений (пробы Поппельрейтера), исследование константности восприятия (выбор предмета из разных ракурсов), исследование цветоразличения, слуховое восприятие (узнавание шумов, ритмов), тактильное восприятие (узнавание предметов на ощупь). Исследование внимания: корректурная проба (таблица Бурдона, для детей — с символами), таблицы Шульце (скорость переключения), «Красно-черные таблицы» (переключение, помехоустойчивость), «Отыскивание чисел», методика Мюнстерберга (выделение слов среди букв). Исследование памяти: методика «10 слов» (объем, кривая запоминания, отсроченное воспроизведение), «Запоминание двух групп слов», «Опосредованное запоминание» (пиктограмма — по А.Р. Лурия), зрительная память (запоминание геометрических фигур, картинок, «Запомни и расставь»), смысловая память (запоминание рассказа, пересказ). Исследование мышления: «Классификация» (предметная — карточки, вербальная — слова), «Исключение предметов» (4-й лишний), «Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Сравнение понятий», «Понимание сюжетных картин» (последовательные картинки), «Выделение существенных признаков», «Понимание пословиц и метафор», «Выявление латентных признаков» (методика Готтшальдта). Адаптация методик для детей разного возраста (дошкольники, младшие школьники, подростки): упрощение инструкций, использование игровой мотивации, цветных материалов.	ЛК, СЗ
		6.12	Методы исследования личности.	Классификация методов исследования личности: 1) Опросники (стандартизированные) — оценка личностных черт, акцентуаций, эмоциональных состояний. 2) Проективные методы — выявление неосознаваемых переживаний, внутренних конфликтов. 3) Клинико-психологическая беседа — сбор анамнеза, оценка самосознания, самооценки, уровня притязаний. 4) Рисуночные тесты. Опросники: Детский личностный опросник Кеттелла (CSPQ — 8-12 лет, HSPQ — 12-16 лет) — 12-14 факторов (А — общительность, С — эмоциональная устойчивость, D — возбудимость, E — доминантность, F — беспечность, G — совестливость, H — смелость, I — чувствительность, J — сдержанность, O — тревожность, Q3 — самоконтроль, Q4 — фрустрированность). Миннесотский многофазный личностный опросник (MMPI, MMPI-A для подростков) — оценка по 10 шкалам (ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, мужественность-женственность, паранойя, психастения, шизофрения, гипомания, социальная интроверсия). Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко — для подростков 14-18 лет, диагностика типов акцентуаций и психопатий. Опросник Шмишека — диагностика акцентуаций у взрослых (по К. Леонгарду). Шкала детской депрессии (CDI) М. Ковач. Шкала тревоги (CMAS) для детей.	ЛК, СЗ
		6.13	Проективные методы (ТАТ,	Принцип проекции — неосознаваемое приписывание окружающим собственных	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
			КАТ), тест фрустрации Розенцвейга, тест Руки.	<p>переживаний, конфликтов, мотивов. Проективные методы предназначены для диагностики глубинных личностных особенностей, не осознаваемых самим ребенком. Тематический апперцептивный тест (ТАТ) — для взрослых и подростков (от 14 лет); набор черно-белых картинок с неопределенным сюжетом; испытуемый должен составить рассказ (что произошло, что чувствуют герои, чем закончится). Анализируются: темы (агрессия, любовь, достижение), идентификация с героями, защитные механизмы. Детский апперцептивный тест (САТ) — для детей 3-10 лет; вместо людей — животные в антропоморфной форме (так как дети легче проецируют на животных). 10 картинок, изображающих типичные детские ситуации (питание, игра, одиночество, агрессия, взаимоотношения с родителями). САТ-S (Supplement) — дополнительная серия для 5-10 лет (ситуации с детьми-людьми). Тест фрустрации Розенцвейга (детский вариант — для 4-13 лет, подростковый — для 12-18 лет). 24 картинки с фрустрирующей ситуацией (человек мешает другому, говорит что-то обидное). Испытуемый должен придумать ответ. Кодирование реакций: направленность (экстрапунитивные — обвинение других, интропунитивные — самообвинение, импунитивные — отрицание значимости препятствия) и тип реакции (фиксация на препятствии, фиксация на самозащите, фиксация на удовлетворении потребности). Вывод: типичный «профиль» для разных расстройств (при агрессивности — экстрапунитивные реакции, при депрессии — интропунитивные). Тест Руки (Wagner Hand Test) — для детей от 5 лет; картинки с изображением руки в разных положениях; испытуемый должен сказать, что делает эта рука. Анализ категорий (агрессия, зависимость, коммуникация, аффектация). Прогноз агрессивного поведения.</p>	
		6.14	Игра и рисование как диагностические методы.	<p>Игровая диагностика — метод, особенно ценный для дошкольников и младших школьников, так как игра является ведущей деятельностью. Структурированная игра: использование специальных наборов (куклы, мебель, посуда, фигурки людей, животных, машин) с последующим анализом сюжета, ролей, конфликтов, отношений между персонажами. Свободная игра: наблюдение за спонтанной игрой ребенка в знакомой обстановке (в кабинете психолога, в группе детского сада). Показатели: наличие сюжетно-ролевой игры, ее развернутость, фантазия, стереотипность, способность к символизации (замещению предметов). Диагностическое значение: при РДА — отсутствие сюжетной игры, манипуляции, стереотипии; при УО — примитивная игра, отсутствие роли; при ЗПР — игра на более младшем возрастном уровне; при психопатиях — агрессивные, жестокие сюжеты; при неврозах — повторяющиеся травматические сюжеты. Рисуночные тесты: «Рисунок семьи» (вариант — «Кинетический рисунок семьи» — «Нарисуй свою семью, где каждый что-то делает») — диагностика семейных отношений (состав семьи, расстояния, размеры фигур, наличие или отсутствие членов семьи, прорисовка деталей, цвет). «Дом-дерево-человек» (ДДЧ) — диагностика личностных особенностей, тревожности, агрессии, чувства безопасности. «Несуществующее животное» — диагностика эмоциональных нарушений, агрессии, тревоги, эгоцентризма. «Рисунок человека» (Гудинаф-Харриса) — также для оценки интеллекта. Анализ рисунка: формальные признаки (нажим, штриховка, размер, расположение на листе), содержание (детали, цвет, наличие травматических элементов), интерпретация с учетом возраста ребенка.</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
Раздел 7	Методы коррекционно-педагогической работы с аномальными детьми.	7.1	Проблема соотношения медикаментозной терапии и психотерапии.	<p>Комплексный подход к лечению и коррекции детей с аномальным развитием: сочетание медикаментозной терапии (по назначению психиатра, невролога) и психотерапии (в компетенции клинического психолога). Показания к фармакотерапии: психотические состояния (галлюцинации, бред), тяжелые аффективные расстройства (депрессия, мания), судорожные припадки (эпилепсия), выраженная агрессия, психомоторное возбуждение, стойкие навязчивости. Основные группы препаратов в детской психиатрии: нейролептики (антипсихотики) — рисперидон, арипипразол, галоперидол — при психозах, агрессии, стереотипиях при РДА, тиках; антидепрессанты (флуоксетин, сертралин, флувоксамин) — при депрессивных расстройствах, тревоге, навязчивостях; нормотимики (вальпроаты, ламотриджин) — при биполярном аффективном расстройстве; противосудорожные (вальпроаты, карбамазепин, леветирацетам) — при эпилепсии; психостимуляторы (метилфенидат) — при СДВГ (в России не зарегистрированы, используются ноотропы); транквилизаторы (диазепам, феназепам) — кратковременно, при тревоге, страхах (риск привыкания); ноотропы (пантогам, фенибут, кортексин, церебролизин) — при ЗПР, астенических состояниях (доказательная база ограничена). Роль клинического психолога: мониторинг эффективности и побочных эффектов фармакотерапии (изменение поведения, эмоций, когнитивных функций), информирование родителей (не вместо врача, а в рамках своей компетенции), психотерапевтическая работа на фоне приема препаратов (когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия), работа с отношением к лечению (приверженность). Немедикаментозные методы: психотерапия (игровая, когнитивно-поведенческая, семейная, арт-терапия), коррекционная педагогика, логопедия, ЛФК, физиотерапия, сенсорная интеграция. Важность междисциплинарного взаимодействия (психолог — психиатр — невролог — педагог).</p>	ЛК, СЗ
		7.2	Терапия игрой.	<p>Игровая терапия — метод психотерапии, использующий игру для установления контакта, отреагирования эмоциональных конфликтов, коррекции поведения и развития навыков общения. Показания: эмоциональные нарушения (страхи, тревога), агрессивное поведение, трудности общения, последствия психотравмы, РДА (легкие формы), ЗПР, неврозы. Виды игровой терапии: Директивная (структурированная) — психолог задает тему, правила, сюжет игры, направляет ее; используется для коррекции конкретных проблем (агрессии, страхов). Недирективная (свободная) — ребенок сам выбирает игру, психолог создает безопасную атмосферу, отражает чувства («Ты злишься», «Тебе грустно»), не направляет и не интерпретирует; используется при общих эмоциональных нарушениях, для установления контакта. Игровая терапия отношений (Г.Л. Лэндрет) — акцент на принятии, эмпатии, искренности психолога; строится на принципах: безусловное принятие ребенка, установление границ (безопасность, время, место). Структура игровой сессии: начало (установление контакта, правила), основная часть (свободная игра или структурированное задание), завершение (обсуждение, уборка игрушек). Материалы: куклы (семейные, животных), марионетки, песок, вода, краски, пластилин, конструкторы, оружие (для отреагирования агрессии). Показатели эффективности: снижение тревоги, уменьшение агрессивных проявлений, появление развернутой сюжетной игры, улучшение контакта. Ограничения: не применяется при острых психотических состояниях, глубокой умственной отсталости, тяжелой деменции.</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
		7.3	Обучение в условиях дефекта.	<p>Обучение детей с аномальным развитием базируется на принципах специальной педагогики: индивидуализация (учет структуры дефекта, темпа, способов усвоения), наглядность (максимальное использование сохранных анализаторов), деятельностный подход (обучение через практическую деятельность), структурированность (четкая организация времени, пространства, заданий), эмоциональное подкрепление (похвала, поддержка). Использование сохранных анализаторов: при слепоте — опора на осязание (шрифт Брайля, объемные модели), слух (аудиокниги, звуковые ориентиры), обоняние; при глухоте — опора на зрение (чтение с губ, визуальные расписания, жестовый язык), вибрационную чувствительность; при ДЦП — адаптация рабочего места, специальные письменные принадлежности, использование компьютера; при УО — максимальная наглядность, практические действия, многократное повторение. Обходные пути формирования ВПФ (Л.С. Выготский): если функция не может сформироваться обычным путем (например, речь у глухого), используются компенсаторные механизмы (дактилология, жестовый язык, письменная речь). Принцип коррекционной направленности: обучение не только передает знания, но и корректирует нарушенные функции (развитие внимания, памяти, мышления, речи, моторики). Зона ближайшего развития: обучение должно ориентироваться на то, что ребенок может сделать с помощью, а не только самостоятельно. Организация обучения: индивидуальные занятия, малые группы, адаптированные программы, специальные условия (охранительный режим, дополнительные каникулы, дозирование нагрузки).</p>	ЛК, СЗ
		7.4	Лечебная педагогика.	<p>Лечебная педагогика (терапевтическая педагогика) — направление на стыке педагогики, психологии и медицины, ориентированное на целостное развитие ребенка с ОВЗ через создание терапевтической среды, использование специальных методов и форм работы, сочетающих обучение, воспитание и психотерапию. Основоположники: Э. Сеген (работа с УО), Ж.-М. Г. Итара («Дикий мальчик из Аверона»), М. Монтессори, в России — В.П. Кащенко (медико-педагогическая лечебница «Школа-санаторий для дефективных детей»). Принципы лечебной педагогики: индивидуализация, комплексность, единство диагностики и коррекции, создание охранительного режима, положительный эмоциональный фон. Методы лечебной педагогики: Ритмика (логоритмика) — сочетание движения, музыки и речи; коррекция моторики, чувства ритма, речевого дыхания, координации. Арт-терапия (изотерапия) — выражение эмоций через рисование, лепку, аппликацию; снижение тревоги, агрессии, развитие самовыражения. Музыкаотерапия — активная (игра на инструментах, пение) и пассивная (слушание музыки); нормализация эмоционального состояния, развитие коммуникации. Библиотерапия — чтение и обсуждение литературных произведений, сказкотерапия. Драматерапия (театротерапия) — разыгрывание ситуаций, развитие социальных навыков, эмпатии. Трудотерапия — формирование трудовых навыков, развитие моторики, целеустремленности, социализация. Лечебная педагогика широко применяется в работе с детьми с РДА, ДЦП, ЗПР, неврозами, в условиях специальных школ и центров реабилитации.</p>	ЛК, СЗ
Раздел 8	Области применения диагностики аномалий психического развития у детей	8.1	Дифференциально-диагностические исследования больных детей в	Психологическая диагностика в детских психиатрических, неврологических и соматических стационарах, поликлиниках. Цели: дифференциальная диагностика (отграничение психических заболеваний от аномалий развития, отграничение	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
			учреждениях здравоохранения.	вариантов дизонтогенеза друг от друга), оценка структуры дефекта, выявление сохранных функций и компенсаторных возможностей, определение прогноза, рекомендации по лечению и коррекции. Задачи психолога в клинике: участие в диагностике (совместно с психиатром, неврологом), оценка динамики состояния (эффективность лечения), подготовка к выписке (рекомендации для школы, семьи). Примеры дифференциальной диагностики: 1) Отграничение ЗПР от УО (обучаемость, структура дефекта). 2) Отграничение РДА от шизофрении (при шизофрении — продуктивная симптоматика, прогрессивность, в РДА — стабильность). 3) Отграничение эпилептической деменции от олигофрении (наличие припадков, специфические личностные изменения). 4) Отграничение психогенной ЗПР от педагогической запущенности (наличие органической основы). Этапы диагностического обследования в клинике: сбор анамнеза (беседа с родителями), наблюдение за ребенком (поведение в палате, на приеме), экспериментально-психологическое исследование (подбор методик в соответствии с возрастом и состоянием), анализ результатов, составление заключения.	
		8.2	Отбор в специальные школы (вспомогательные, для задержек психического развития и т.д.).	Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) — ключевой орган, определяющий образовательный маршрут ребенка с ОВЗ. Состав ПМПК: психолог, психиатр (или невролог), педагог (дефектолог, логопед), социальный педагог. Функции ПМПК: диагностика (определение структуры и степени нарушений), определение статуса «ребенок с ОВЗ», рекомендация типа образовательной программы и условий обучения, консультирование родителей. Критерии отбора в специальные (коррекционные) школы: Школа VIII вида (для детей с УО) — диагноз умственная отсталость (F70-F73), подтвержденный ПМПК; стойкий, необратимый характер нарушений; невозможность обучения по программе массовой школы даже с коррекционной помощью. Школа VII вида (классы КРО для детей с ЗПР) — диагноз ЗПР; потенциальная сохранность интеллекта; возможность компенсации в специальных условиях; отсутствие грубых органических поражений. Школа I-VI видов (сенсорные, речевые, двигательные нарушения) — наличие первичного дефекта (слух, зрение, речь, ОДА) при сохранном интеллекте или его вторичном нарушении. Права родителей: присутствие на ПМПК, обжалование решения, выбор формы обучения (специальная школа, инклюзивный класс, надомное обучение). Роль психолога на ПМПК: проведение психодиагностического обследования, определение обучаемости, зоны ближайшего развития, структуры дефекта, формулировка заключения и рекомендаций.	ЛК, СЗ
		8.3	Психологическая диагностика школьных трудностей у детей с эмоциональными и интеллектуальными нарушениями.	Школьная неуспеваемость — одна из самых частых причин направления на ПМПК. Психологическая диагностика направлена на выявление причин неуспеваемости и разработку рекомендаций. Основные причины: ЗПР (наиболее частая — церебрально-органическая ЗПР), СДВГ (неусидчивость, отвлекаемость), эмоциональные нарушения (тревога, депрессия, негативизм), специфические расстройства школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия), умственная отсталость (легкая степень), педагогическая запущенность. Диагностический алгоритм: 1) Анализ школьной документации (тетради, дневник, характеристики). 2) Беседа с учителем (как проявляются трудности). 3) Беседа с родителями (история развития, семейная ситуация). 4) Обследование ребенка: оценка интеллекта (Векслер,	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>Равен), внимания, памяти, мышления; оценка школьных навыков (чтение, письмо, счет); оценка эмоционально-личностной сферы (проективные методы, опросники). Диагностика дислексии (специфического расстройства чтения) — трудности узнавания букв, слияния в слоги, понимания прочитанного, при сохранных интеллекте и слухе. Диагностика дисграфии (расстройства письма) — оптическая (смещение оптически сходных букв), акустическая (смещение фонетически близких звуков), аграмматическая (нарушение грамматического строя), на почве нарушения языкового анализа и синтеза (пропуски, перестановки). Диагностика дискалькулии (расстройства счета) — трудности усвоения цифр, счетных операций, понимания разрядности. Рекомендации по результатам диагностики: коррекционные занятия (психолог, логопед, дефектолог), изменение условий обучения (щадящий режим, индивидуализация), психотерапия (при эмоциональных нарушениях), медикаментозная поддержка (при СДВГ, тревоге).</p>	
		8.4	<p>Патопсихологическая диагностика детей и подростков с нарушениями поведения и эмоций</p>	<p>Нарушения поведения и эмоций — частая причина направления к психологу и психиатру. Задачи патопсихологической диагностики: дифференциация патологических и непатологических форм нарушений, диагностика типа расстройства, оценка структуры нарушений, прогноз, рекомендации по коррекции. Дифференциация психопатии (расстройства личности) и психопатоподобного синдрома (при органическом поражении, шизофрении, ЗПР): при психопатии — тотальность, стабильность с детства; при психопатоподобном синдроме — связь с органическим поражением (неврологическая симптоматика, снижение когнитивных функций, истощаемость), возрастной характер (усиление в пубертате). Диагностика акцентуаций характера (ПДО Личко) — выявление типа акцентуации, «места наименьшего сопротивления» (уязвимости к определенным психогенным воздействиям). Диагностика делинквентного поведения (склонности к правонарушениям) — опросники (агрессивность, импульсивность), проективные методы (тест руки, Розенцвейг), оценка социальной ситуации. Диагностика суицидального риска: выявление суицидальных намерений (прямые и косвенные высказывания), оценка депрессивной симптоматики (CDI, шкала Бека для подростков), оценка импульсивности. Диагностика тревожных и депрессивных расстройств: опросники (СМАС для тревоги, CDI для депрессии), проективные методы (САТ, ТАТ, рисунок). Диагностика РПП: оценка отношения к телу, пищевого поведения, веса, наличие дисморфофобии. Роль психолога: недиагностика психиатрических диагнозов (это прерогатива психиатра), но выявление психологических факторов, описание симптоматики, оценка тяжести, рекомендации по психотерапии.</p>	ЛК, СЗ
		8.5	<p>Социальная реабилитация и профориентация подростков с различными типами психического дизонтогенеза.</p>	<p>Социальная реабилитация — система мер, направленных на восстановление социальных связей, навыков самообслуживания, трудовой деятельности, социальной адаптации детей и подростков с ОВЗ. Цели: максимально возможная самостоятельность, включение в общество, повышение качества жизни. Направления социальной реабилитации: социально-бытовая адаптация (навыки самообслуживания, ведения быта, безопасного поведения), социально-средовая ориентировка (ориентация в пространстве, использование транспорта, посещение магазинов, поликлиник), трудовая реабилитация (профессиональная ориентация, обучение профессии, трудоустройство), социально-культурная реабилитация (участие в досуговых мероприятиях, творчестве). Профессиональная ориентация с учетом типа</p>	ЛК, СЗ

Номер раздела	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы		Содержание темы	Вид учебной работы*
				<p>дизонтогенеза и сохранных функций: При УО (легкая степень) — доступные профессии: уборщик, грузчик, рабочий на производстве, швея, садовник, сельскохозяйственные работы. При ЗПР (при своевременной коррекции) — возможно обучение в ПТУ, колледже по рабочим специальностям (слесарь, электромонтажник, повар, парикмахер). При ДЦП (сохранный интеллект) — профессии, связанные с компьютером (программист, оператор, дизайнер, переводчик), бухгалтер, экономист, библиотекарь, юрист (дистанционная работа). При нарушениях слуха (сохранный интеллект) — рабочие специальности (токарь, фрезеровщик, швея, обувщик), компьютерные специальности. При нарушениях зрения — массажист, музыкант, переводчик, психолог (аудирование). При РДА (высокофункциональный) — программирование, IT, бухгалтерия, работа с данными. Учреждения социальной реабилитации: реабилитационные центры (для детей и подростков с ОВЗ), центры дневного пребывания, общественные организации инвалидов, учебные заведения системы профессионального образования (ПТУ, колледжи) с адаптированными программами. Трудоустройство инвалидов детства: квотирование рабочих мест, специализированные предприятия для инвалидов, поддержка центров занятости. Роль клинического психолога: оценка потенциальных возможностей и ограничений, профориентационное консультирование, психологическая подготовка к труду (формирование мотивации, волевых качеств), сопровождение на этапе обучения и трудоустройства, работа с семьей (преодоление гиперопеки).</p>	

* - заполняется только по ОЧНОЙ форме обучения: ЛК – лекции; ЛР – лабораторные работы; СЗ – практические/семинарские занятия.

6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Таблица 6.1. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Тип аудитории	Оснащение аудитории	Специализированное учебное/лабораторное оборудование, ПО и материалы для освоения дисциплины (при необходимости)
Лекционная	Аудитория для проведения занятий лекционного типа, оснащенная комплектом специализированной мебели; доской (экраном) и техническими средствами мультимедиа презентаций.	
Семинарская	Аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, оснащенная комплектом специализированной мебели и техническими средствами мультимедиа презентаций.	
Для самостоятельной работы	Аудитория для самостоятельной работы обучающихся (может использоваться для проведения семинарских занятий и консультаций), оснащенная комплектом специализированной мебели и компьютерами с доступом в ЭИОС.	

* - аудитория для самостоятельной работы обучающихся указывается **ОБЯЗАТЕЛЬНО!**

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература:

1. Глухов, В. П. Дефектология. Специальная педагогика и психология аномального развития : курс лекций / В. П. Глухов. - Москва : МПГУ, 2017. - 312 с. - URL: <https://e.lanbook.com/book/107341>. - ISBN 978-5- 4263-0575-5 : Б. ц. - Текст : электронный
2. Мамайчук И.И. Методы психологической коррекции детей и подростков: Учебник для Вузов. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2020.
3. Мамайчук И.И., Ильина М.Н. Миланич Ю.М. Помощь психолога детям с задержкой психического развития [Текст]: Учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2017.
4. Неретина, Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология : учебно-методический комплекс / Т. Г. Неретина. - 2-е изд., стереотипное. - Москва : ФЛИНТА, 2019. - 376 с. - URL: <https://e.lanbook.com/book/119532> - ISBN 978-5-9765-0127-0 : Б. ц. - Текст : электронный
5. Шаповал И. А. Психология дисгармонического дизонтогенеза. Психогенные расстройства и развитие [Электронный учебник] : учебное пособие / И. А. Шаповал. - ФЛИНТА, 2016. - 353 с. Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/89899>
6. Шаповал И. А. Психология дисгармонического дизонтогенеза. Расстройства личности и акцентуации характера [Электронный учебник] : учебное пособие / И. А. Шаповал. - ФЛИНТА, 2016. - 301 с. Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/89899>
7. Бардышевская, М. К. Диагностика психического развития ребенка : практическое пособие / М. К. Бардышевская. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 153 с. — (Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-11068-5. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/565708>

Дополнительная литература:

1. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений в детском возрасте. М. УМК «Психология», 2003.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений, том 5. М.: Педагогика. 1982–1984.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста, гл. 1, 7. М.: Медицина. 1985.
4. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический проект, 2011.

5. Поливара, З. В. Введение в специальную психологию : учеб. пособие / З. В. Поливара. - 3-е изд., стереотипное. - Москва : ФЛИНТА, 2016. - 271 с. - URL: <https://e.lanbook.com/book/119417> - ISBN 978-5-9765-1666-3 : Б. ц. - Текст : электронный

6. Токарь О. В. Психология развития и возрастная психология в схемах, таблицах, комментариях [Электронный учебник] : учебное пособие / О. В. Токарь. - ФЛИНТА, 2019. - 64 с. Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/122695>

7. Хрестоматия по психологии аномального развития в 2-х тт. М.: изд-во ЧеРо, изд-во Моск.ун-та, 2002. ¶¶

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

1. ЭБС РУДН и сторонние ЭБС, к которым студенты университета имеют доступ на основании заключенных договоров

- Электронно-библиотечная система РУДН – ЭБС РУДН <https://mega.rudn.ru/MegaPro/Web>
- ЭБС «Университетская библиотека онлайн» <http://www.biblioclub.ru>
- ЭБС Юрайт <http://www.biblio-online.ru>
- ЭБС «Консультант студента» www.studentlibrary.ru
- ЭБС «Знаниум» <https://znaniium.ru/>

2. Базы данных и поисковые системы

- Sage <https://journals.sagepub.com/>
- Springer Nature Link <https://link.springer.com/>
- Wiley Journal Database <https://onlinelibrary.wiley.com/>
- Наукометрическая база данных Lens.org <https://www.lens.org>

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся при освоении дисциплины/модуля:*

1. Курс лекций по дисциплине «Психология аномального развития».

* - все учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся размещаются в соответствии с действующим порядком на странице дисциплины **в ТУИС!**

РАЗРАБОТЧИКИ

Доцент кафедры психологии и педагогики

Должность

РУКОВОДИТЕЛЬ ОП ВО

Заведующий кафедрой психологии и педагогики

Должность

РУКОВОДИТЕЛЬ БУП

Заведующий кафедрой психологии и педагогики

Должность

Каменева Г.Н.

Фамилия И.О

Башкин Е.Б.

Фамилия И.О

Башкин Е.Б.

Фамилия И.О