

№ КМ –ПС

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра психиатрии, неврологии, нейрохирургии и медицинской  
реабилитации.

Одобрено на заседании Центрального  
координационного учебно-методического  
совета от «28» декабря 2021 г. № 3

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**По специальности «Детская психология и психиатрия»**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по  
группе научных специальностей **3.1 клиническая медицина** научная  
специальность **3.1.17 Психиатрия и наркология**  
утвержденной ректором ФГБОУ ВПО СОГМА 28.03.2022 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «27» декабря 2021 г. (протокол № 3)

Заведующая кафедрой  
Профессор



Букановская Т.И.

**ВЛАДИКАВКАЗ 2022г.**

## СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
  - тестовые задания,
  - клинические задачи
  - вопросы для сдачи зачета

**Паспорт фонда оценочных средств по  
Рабочей программе дисциплины «Детская психология и психиатрия»**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/ модуля	Наименование оценочного средства
1	2	3
Вид контроля	Промежуточный	
текущий контроль	<b>Тема 1. Развитие психики в онтогенезе.</b>	тесты ситуативные задания
текущий контроль	<b>Тема 2. Особенности нейропсихологии детского и подросткового возраста, критические возрастные периоды.</b>	тесты ситуативные задания
текущий контроль	<b>Тема 3. Психопатологические симптомы и синдромы, типичные для детского и подросткового возраста.</b>	тесты ситуативные задания
текущий контроль	<b>Тема 4. Особенности психофармакотерапии психических расстройств в детском возрасте.</b>	тесты ситуативные задания
текущий контроль	<b>Тема 5. Значение психологической коррекции и реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами.</b>	тесты ситуативные задания
промежуточная аттестация	Все разделы дисциплины «Детская психология и психиатрия»	тесты ситуативные задания зачет

## Тестовые задания по дисциплине «Детская психология и психиатрия»

1

К олигофрениям относят

только врожденное слабоумие

приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности

только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности

+ врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно - интеллекта

2

Термин "умственная отсталость"

тождествен термину "олигофрения"

тождествен термину "деменция"

тождествен термину "рано приобретенное слабоумие"

+ объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции

3

Олигофрения является заболеванием, характеризующимся недоразвитием

психики (преимущественно интеллекта)

личности

всего организма больного

+ всего перечисленного

4

При олигофрении возможно все перечисленное, кроме

+ признаков прогрессивности

эволютивной динамики

периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов

периодов компенсации

5

Легкой умственной отсталости соответствует коэффициент (IQ)

+ 50-70

70-90

60-80

40-50

6

Средней тяжести умственной отсталости соответствует IQ

+ 35-50

45-60

55-65

25-35

7

Резко выраженной умственной отсталости соответствует IQ

30-45

+ 20-35

40-55

10-5

8

Глубокой умственной отсталости соответствует IQ менее

50

40

30

+ 20

9

Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются

на наследственные

на внутриутробные

на перинатальные и первых 3 лет жизни

+ на все перечисленные

10

Основными клиническими группами олигофрении в соответствии с этиологическими факторами являются

олигофрении эндогенной природы

эмбрио- и фетопатии

олигофрении, возникающие в связи с различными вредностями во время родов и в раннем детстве

+ все перечисленные

11

К атипичным формам олигофрении относят случаи

с выраженным наследственным отягощением

с наличием психопатоподобных расстройств

с наличием эпилептиформных расстройств

+ с неравномерной структурой психического недоразвития

12

К осложненным формам олигофрении относят случаи

с выраженным наследственным отягощением

+ с наличием психопатоподобных расстройств и эпилептиформных расстройств

с прогрессирующим слабоумием

с неравномерной структурой психического недоразвития

13

Характерными клиническими проявлениями олигофрений являются

слабость абстрактного мышления

слабость целенаправленного внимания

недостаточная память как при воспроизведении, так и при запоминании

+ все перечисленное

14

Для речи больных олигофренией характерны все перечисленные особенности, исключая

маловыразительность, односложность

неправильное смысловое употребление слов

+ употребление "неологизмов"

дизартрия

15

К олигофрениям, обусловленным наследственными факторами, относятся все перечисленные, кроме

- истинной микроцефалии
- дизостозических форм
- ксеродермических форм
- + олигофрении, обусловленной хромосомными аномалиями

16

К олигофрениям, обусловленным внутриутробным поражением зародыша и плода относятся

- + рубеолярная олигофрения и олигофрения, обусловленная врожденным сифилисом и токсоплазмозом
- синдром Рада
- болезнь Лоренса - Муна - Барде - Биля
- лейциноз

17

Для больных с фенилкетонурией характерно

- + депигментация и "мышинный запах"
- слабое развитие лицевой части черепа
- гиперпигментация
- постоянная тенденция к прогрессированию слабоумия без периодов стабилизации

18

Для болезни Дауна характерно все перечисленное, кроме

- высокого неба
- недоразвития верхней челюсти
- изменений дактилоскопического узора
- + нормального развития половых органов

19

Больным с истинной микроцефалией свойственно все перечисленное, кроме

- недоразвития мозговой части черепа
- малого роста
- чрезмерного развития надбровных дуг
- + умственной отсталости в степени дебильности

20

Болезнь Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме того, что развивается только у мужчин

- характеризуется наличием лишней X-хромосомы
- характеризуется наличием признаков смешанного пола и гипогенитализма
- + обычно сопровождается интеллектуальной недостаточностью в степени имбецильности

21

Для больных с синдромом Рада характерно

- + наличие ихтиоза и судорожных припадков

судорожные припадки  
церебрастенический и психопатоподобный синдромы  
все перечисленное

22

У больных олигофрениями возможны следующие варианты психозов  
с преобладанием аффективных расстройств  
с преобладанием двигательных расстройств  
галлюцинаторно-бредовые  
+ все перечисленные

23

Общими особенностями для всех психозов при олигофрении являются все перечисленные, кроме  
рудиментарности и фрагментарности продуктивной симптоматики  
бедности и примитивности высказываний, связанных с болезненными переживаниями  
простоты и однообразия клинической картины  
+ склонности к затяжному течению

24

В отличие от олигофрений ранние резидуально-органические деменции характеризуются всем перечисленным, кроме  
церебрастении  
психопатоподобных проявлений  
эпилептиформных проявлений  
+ неврологической резидуально-органической симптоматики

25

Трудовая адаптация умственно отсталых в степени дебильности начинается  
во вспомогательных школах  
в обычных школах  
в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах  
+ в интернатах социального обеспечения

26

Умственная отсталость наиболее часто выявляется  
в раннем постнатальном возрасте  
в дошкольном возрасте  
+ в младшем школьном возрасте

27

Наиболее ранний прогноз возникновения некоторых форм олигофрений (дисметаболических и связанных с дефектами хромосом) возможен  
+ в период пренатального онтогенеза  
в раннем постнатальном периоде  
в дошкольном возрасте

28

К методам, используемым для максимально ранней диагностики нарушений обмена и генных дефектов плода, относятся

- определение резус-фактора родителей
- биохимическое исследование крови беременной
- + исследование амниотической жидкости и клеток хориона

29

- Основные критерии дифференциальной диагностики олигофрении и деменции основаны на всем перечисленном, кроме
- времени (возраста) возникновения слабоумия
  - наличия или отсутствия нормального интеллекта до возникновения слабоумия
  - наличия или отсутствия прогрессивности интеллектуальных расстройств
- + особенностей соматических аномалий

30

- Понятию задержки психического развития соответствует отставание
- от возрастной нормы темпа речевого развития
  - в интеллектуальном развитии
  - от нормы по уровню развития школьных навыков
- + от нормы по уровню интеллектуального или личностного развития, промежуточное по своим характеристикам между нормой и умственной отсталостью

31

- Основное отличие пограничной интеллектуальной недостаточности от умственной отсталости состоит
- + в наличии абстрактного мышления
  - в лучшем развитии памяти
  - в более гармоничном развитии сферы мотиваций
  - в более высокой работоспособности

32

- Интеллектуальный коэффициент при пограничной интеллектуальной недостаточности составляет
- 90 и выше
  - + 70-89
  - 50-69
  - ниже 50

33

- Дислалия характеризуется нарушением
- темпа и ритма речи
- + звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата
  - речи при тугоухости

34

- В основе сенсорной алалии лежит несформированность
- + фонематического слуха
  - речедвигательного анализатора
  - и того, и другого

35

- В основе моторной алалии лежит несформированность
- + фонематического слуха

речедвигательного анализатора  
и того, и другого  
ни того, ни другого

36

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное  
первичной задержкой психического развития  
+ анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата  
недостаточностью иннервации речевого аппарата

37

Брадилалия и тахилалия определяются нарушением развития  
+ внутренней речи  
внешней речи  
как внешней, так и внутренней речи

38

У ребенка в раннем возрасте отсутствует лепетная речь, к 2-3 годам появляются  
искаженные малопонятные слова, к 4-5 годам - упрощенная фразовая речь с  
перестановкой звуков и слогов, отсутствием дифференциации звуков. Указанное  
состояние следует оценить, как  
задержку психического развития  
дислалию  
+ моторную алалию  
сенсорную алалию

39

Ребенок искажает слова, смешивает сходные по произношению звуки, не понимает  
речь окружающих, не дифференцирует звуки, плохо соотносит слова с предметом, не  
реагирует на зов и не прислушивается к речи окружающих. Указанную клиническую  
картину следует оценить, как  
задержку психического развития  
дислалию  
моторную алалию  
+ сенсорную алалию

40

Основная помощь, направленная на исправление речи при дислалии, включает  
стимулирующую медикаментозную терапию  
психотерапию  
+ раннюю логопедическую коррекцию  
лечебную педагогику

41

Основная помощь, направленная на исправление речи при моторной алалии у детей,  
включает  
стимулирующую медикаментозную терапию  
психотерапию  
+ раннюю логопедическую помощь  
лечебную педагогику

42

Обучение детей с дислалией и дисграфией предусматривает  
массовую школу  
класс "выравнивания"  
вспомогательную школу  
+ специальный класс речевой школы

43

Заикание возникло после психотравмы у ребенка с ускоренным речевым развитием, течет волнообразно, в зависимости от ситуации, сопровождается болезненной реакцией личности на дефект. Этот тип заикания следует оценить, как

+ невротическое  
неврозоподобное энцефалопатическое  
дизонтогенетическое

44

Направленность психотерапии при неврозоподобном заикании у детей включает  
успокоение, отвлечение, переключение  
дезактуализацию значения речевого дефекта

+ привлечение внимания к речевому дефекту и стимуляция занятий по овладению  
логопедическими навыками  
развитие коммуникабельности

45

Направленность психотерапии при невротическом заикании у детей включает

+ успокоение, отвлечение, переключение  
привлечение внимания к речевому дефекту  
развитие внутренней речи  
развитие коммуникабельности

46

Элективный мутизм является расстройством, преимущественным

+ для дошкольного и младшего школьного возраста  
для среднего школьного возраста  
для подросткового возраста  
для юношеского возраста

47

Тотальный мутизм наблюдается

при кататонических и кататоноподобных состояниях  
при реактивных состояниях  
при эндогенных депрессиях  
+ возможен при все перечисленных состояниях

48

Элективный мутизм у детей наиболее часто является

+ регрессивной формой реакции пассивного протеста  
истеро-невротической реакцией  
кататоническим расстройством  
проявлением эндогенной депрессии

49

Длительный элективный мутизм приводит к патологическому формированию личности

- по возбудимому типу
- по тревожно-фобическому типу
- + по тормозному и псевдошизоидному типу
- по истероидному типу

50

- Психогенный мутизм у детей возникает чаще на фоне ускоренного речевого развития
- + недоразвития экспрессивной речи
  - нормального речевого развития
  - тормозных черт характера

51

- Элективный мутизм при заикании связан
- + с логофобией
  - со сверхценным страхом речи
  - с бредовым отношением к речи
  - с реактивной депрессией

52

- Моторная афазия у детей характеризуется
- + утратой способности говорить при сохранной способности понимать обращенную речь
  - утратой способности понимать обращенную речь
  - тотальным мутизмом
  - избирательной немотой

53

- Сенсорная афазия у детей характеризуется
- утратой способности говорить при сохранной способности понимать обращенную речь
  - + утратой понимания звуков речи и слов при адекватном восприятии неречевых звуков
  - тотальной немотой
  - избирательной немотой

54

- Основными причинами заикания у детей являются
- недоразвитие речи
  - аффективно-шоковая реакция
  - длительная психогения
  - + все перечисленные

55

- Наибольшая степень страха речи (логофобия) свойственна
- + невротическому заиканию
  - невротическому заиканию на органической основе
  - неврозоподобному заиканию

56

- Общая психопатология детского возраста
- полностью совпадает с психопатологией взрослых

- + имеет особенности, связанные с онтогенезом психики ребенка  
не связана с психопатологией взрослых

57

Рудиментарные проявления психопатологических расстройств характерны

- + для детей раннего возраста  
для детей дошкольного возраста  
для подростков

58

Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по В.В.Ковалеву характерен для детей в возрасте

- от 0 до 3 лет
- + 4 - 7 лет
- 5 - 10 лет
- 11 - 17 лет

59

Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как

- ретардация
- + асинхрония развития
- акселерация

60

Запаздывание или приостановка психического развития определяется как

- асинхрония развития
- акселерация
- + ретардация
- высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования

61

Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является

- асинхрония
- акселерация
- тотальная психическая ретардация
- + парциальная психическая ретардация

62

Для синдрома Каннера наиболее характерно

- слабость эмоционального реагирования
- склонность к стереотипным движениям
- + отсутствие потребности в контактах с окружающими
- боязнь всего нового (неофобия)

63

Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается

- при синдроме Каннера
- + при синдроме Аспергера
- при органическом варианте раннего детского аутизма

64

За маской гиперкинетического синдрома с повышенной активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может скрываться

- + гипомания
- субдепрессия
- гиперкомпенсаторные реакции
- бредовая настроенность

65

Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрastenическими и неврозоподобными расстройствами у детей следует оценить, как

- конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
- + энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома
- гиперкинетический синдром при детской шизофрении

66

Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания от навязчивых страхов является

- содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие недуг
- представления об устрашающих объектах доминируют в сознании
- + ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть

67

Чрезмерное фантазирование со стремлением в фантазиях реализовать неосуществленные в жизни желания у детей и подростков с теми или иными физическими недостатками (слепотой, глухотой, поражениями опорно-двигательного аппарата и т.п.) следует отнести

- к бредоподобным фантазиям
- к фантазии с навязчивыми идеями
- + к сверхценным, гиперкомпенсаторным фантазиям
- ко всему перечисленному

68

Сверхценный характер фантазий отличается следующими особенностями преобладанием фантазий отвлеченного, познавательного характера (составление схем географических карт, планов, таблиц и т.п.)

- чертами насильственности
- + "аффективной заряженностью" в отношении определенной тематики

69

Бредоподобное фантазирование в виде игрового перевоплощения с элементами деперсонализации характерно

- для младшего школьного возраста
- + для дошкольного возраста
- для раннего возраста

70

Синдромы уходов и бродяжничества характерны для детей дошкольного возраста

- + младшего пубертатного возраста
- среднего пубертатного возраста
- старшего пубертатного возраста

71

Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является

- нарушение влечений
- аутистическая тенденция к одиночеству
- + личностные реакции протеста

72

К основным признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести в основе мутизма лежат сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие и т.п.)

- мутизм возникает в связи с психической травмой
- мутизм сочетается с другими невротическими расстройствами
- + верно все перечисленное

73

Состояние подростка в случае, если его увлечение вопросами биологии приобретает чрезмерный характер и возникает на основе воспитания односторонних интересов к биологии, следует оценить, как

- увлечение паранойяльного характера
- + увлечение сверхценного характера
- навязчивые интересы и увлечения

74

Состояние, при котором болезненная фиксация на однообразной игре, чаще в одиночку, с длительным перевоплощением в образ игры с затруднением переключения на реальное, наблюдается у ребенка дошкольного возраста. Оно может быть определено как фантазии

- здорового ребенка
- сверхценного характера
- + с "игровым перевоплощением" бредоподобного характера

75

Ребенок производит однообразные манипуляции с предметами (постукивает о коробочку, размахивает веревочкой, платком и т.п.). Познавательный интерес отсутствует. В этом случае психопатологическую сущность однообразной игры с предметами, не имеющими игрового назначения следует определить, как игру

- сверхценную
- + стереотипную
- навязчивую
- бредоподобную

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

### № 1

К вам обратилась семья в связи с конфликтной ситуацией, главным образом, обусловленной изменением поведения старшего ребенка - мальчика 3 лет. 5 месяцев назад он стал посещать детский сад, но до сих пор плачет, упирается, не желая по утрам покидать дом, в детском саду печален, мало играет с детьми, почти не ест, каждый вечер жалуется, что его обижают дети. Дома вечерами возбужден, непослушен, иногда груб, говорит, что родители его не любят. Особенно агрессивен к младшему брату 1 года, может ударить, ущипнуть, отнимает игрушки, говорит, чтобы младшего братика "выбросили", что он "им не нужен". К родителям относится настороженно, тянется больше к бабушке. Отец и особенно мать жестоко наказывают мальчика за агрессию к младшему ребенку, ругают за нежелание посещать детский сад, неласковы, мало времени проводят с ним. В течение последнего года (еще до детсада) очень часто болеет простудными заболеваниями (иногда по 2 раза в месяц, с перерывом в 2-3 дня).

**Как Вы объясните эту ситуацию? Какие советы дадите родителям? Какие специалисты могут помочь семье?**

### № 2

Ребенок 10 месяцев, активный, любознательный, живой, веселый, научился сам вставать, стоял без поддержки, произносил отдельные слова: "ма-ма, па-па, ба-ба, дай". После перенесенной пневмонии с помещением в больницу (вместе с матерью) стал безучастным, безразличным, перестал вставать, сидит целый день, отвернувшись, не играет в предложенные игрушки, перестал произносить слова, играет только собственными руками, раскачивается в кровати, спит днем и почти совсем не спит ночью, лицо хмурое, часто без причины плачет, отказывается от любой пищи, кроме молока.

**Как расценить состояние ребенка? Что посоветовать родителям? Какие специалисты и в каком учреждении могут помочь ребенку?**

Девочка 14 лет рассказала родителям и подругам, что познакомилась на улице с известным эстрадным певцом Женей Белоусовым, в которого была уже до этого влюблена. Ежедневно рассказывала о развитии их отношений; как-то сказала, что приглашена к своему кумиру на День рождения, в связи с чем бабушка купила в подарок "достойную" юного дарования книгу. Вскоре родители узнали, что девочка рассказала подругам и тетке об утрате девственности, о том, что порой "продает себя за деньги", а в дальнейшем - о том, что "заразилась плохой болезнью". В этот период была взбудоражена, многоречива, ежедневно сообщала все новые подробности своего "падения". В то же время забросила учебу, начала пропускать, а затем совсем прекратила посещать школу, почти не выходила на улицу, стала меньше спать и значительно прибавила в весе. Родные не знали, что предпринять, но в особенное смятение их привело то, что они нашли книгу, которую девочка должна была подарить Жене Белоусову, спрятанной в ее комнате. Тогда-то и выяснилось, что никогда с ним не встречалась.

**Как оценить ситуацию? К какому врачу и в какое учреждение направить подростка?**

### № 3

Мальчик 14 лет, ученик 8 класса. В 1 и 2 классах был отличником, с 3 по 5 классы учился на 4 и 5. В течение последних 3 лет неоднократно обследовался в различных отделениях соматической больницы по поводу длительного повышения температуры (до 37°- 37,5°), болей в животе, в сердце, приступов сердцебиения, во время которых испытывал страх смерти. За эти годы стал пассивным, не хотел встречаться со сверстниками, играть в подвижные игры, боялся выходить на улицу, расставаться с матерью, постепенно совсем прекратил посещать школу, уроки делал только в присутствии матери, с трудом осмысляя учебный материал, утратил интерес к учебе. По рекомендации педиатра обучался

индивидуально на дому. После осмотра на городской медико-педагогической комиссии был установлен диагноз "олигофрения в степени дебильности" и предложено обучение во вспомогательной школе.

**Можно ли сомневаться в таком диагнозе? Что посоветовать родным ребенка? Какие специалисты и в каком учреждении могут помочь ребенку?**

#### **№ 4**

К Вам за советом обратились родители из наблюдаемой Вами семьи в связи с требованием администрации школы: проконсультировать у психиатра их сына 16 лет и принести выписку из истории болезни с диагнозом подростка в школу.

**Что Вы посоветуете родителям мальчика? Каковы в этом случае права родителей и администрации школы? Куда родители могут обратиться, защищая права своего ребенка?**

#### **№ 5**

Мальчик 11 лет, ученик 5 класса. С раннего детства замкнутый, неконтактный, избегает детей, не мог адаптироваться ни в одном дошкольном детском учреждении, не мог переносить смены режима и уклада жизни, странный, чудаковатый, нелепый, с вычурными манерами, жестами, интонациями, предпочитающий обычным детским играм рисование схем метро, игру в одиночестве в фантастический подземный город, изучение придуманного им языка. Наряду с этим постоянно возбужден, болтлив, суетлив, злобен при замечаниях, прямолинеен и совершенно неприспособлен в быту. В связи с тем, что не мог соблюдать установленный порядок в школе (вставал, громко говорил, возражал учителю, не отвечал у доски, занимался только тем, что ему нравилось), во 2 и 3 классе был переведен на домашнее обучение, а в 4 классе снова учился в школе. За это время друзей не появилось, но стал спокойнее на уроках, выполнял задания, усвоил некоторые правила школьной жизни. Успевал хуже, чем при индивидуальном обучении. В начале 5 класса родители, считая индивидуальное обучение своего ребенка более простым и продуктивным, стали настаивать на возобновлении домашнего обучения.

**Правы ли они? Что Вы им посоветуете? Какие аргументы в данном случае за и против индивидуального обучения?**

#### **№ 6**

Ребенок 7 лет, из полной, дружной, интеллигентной семьи проходит обследование перед поступлением в 1 класс. Он не знает букв, счета, не любит слушать чтение, не может пересказать простого текста, запас его знаний и речь крайне бедны. При обследовании ребенка врачом и психологом выявлено явное снижение интеллекта – легкая умственная отсталость (дебильность). В то же время, поскольку диагноз умственной отсталости пока не является официальным (ребенок консультирован не в районной поликлинике), родители настаивают на том, чтобы определить его в обычную школу.

**Что посоветовать таким родителям? Какие условия необходимы в случае обучения ребенка в массовой школе?**

#### **№ 7**

Классный руководитель и администрация школы настаивают на отчислении ученика 10 класса, 16 лет. С конца 9 класса стал пропускать школу, успеваемость снизилась с 5 и 4 до 2 и 3. Стал нелюдим, мрачен, груб и резок при попытках его "воспитывать", поссорился со своими друзьями, после вызова в школу родителей и громкого разбирательства на педсовете совсем отказался ходить в школу. Время проводит или лежа на диване у телевизора, или (по вечерам) в компании асоциальных подростков, где неоднократно выпивал, пробовал употреблять наркотики. С трудом встает, совсем не читает, перестал посещать секцию классической борьбы, отказался летом ехать на сборы. При расспросе

выяснилось, что ему трудно сосредоточиться, порой ощущает "пустоту в голове", мысли путаются, обрываются, считает, что переутомился, чувствует себя поглупевшим, стремится избежать интеллектуальных нагрузок. Двигаться не хочется, постоянно испытывает сдавление головы ("как обручем"), сердцебиение и замирание сердца, руки и ноги постоянно холодные, влажные, появилось большое количество угрей, запоры, потерял аппетит, засыпает к 2-3 часам ночи, спит беспокойно, с тяжелыми, страшными сновидениями. Стремится избежать всякой нагрузки, чтобы "разгрузить мозг", отдохнуть. Не видит ничего хорошего впереди, нередко появляются мысли о бессмысленности жизни и самоубийстве.

**Как можно в целом оценить состояние подростка? Можно ли что-то посоветовать ему и его родителям?**

#### **№ 8**

Мальчик 2 лет 2 мес. Раннее развитие своевременное. Сформировавшаяся развернутая фразовая речь. О себе говорит то в третьем лице, то в первом - "Я". Всегда хорошо спал, ел, был достаточно послушным, умел себя занять. В течение последних двух месяцев стал более капризным, протестует, когда его укладывают спать, предлагают идти в ванну, вымыть руки. Отказывается садиться за стол, даже когда очень хочет есть, в то же время аппетит не снижен, стал с удовольствием есть "взрослую" пищу. Любая фраза при разговоре с родителями начинается со слов: "нет", "не хочу", "не буду", "никогда" и т. п. Иногда сам себе противоречит. Например, в ответ на предложение съесть любимый им йогурт отвечает: "Нет, нет, никогда, ни за что, я буду есть только йогурт!". Дома часто ревет, скандалит, когда от него что-то требуют. Мать раздражена, стала кричать на ребенка, часто его шлепает. После наказаний мальчик становится еще более капризным и негативистичным. Во время прогулок продолжает хорошо играть с детьми, к ним доброжелателен, в это время из речи исчезает слово "нет". Продолжает быстро пополняться словарный запас; приобретает новые навыки самообслуживания - научился сам одеваться, обуваться, пользоваться горшком, застегивать молнию; очень любознателен, любит чтение книг и мультфильмы.

**Как расценить состояние мальчика? Какие опасности представляет описанная ситуация? Что посоветовать родителям ребенка?**

#### **№ 9**

Девочка 14 лет, перенесла три повторных состояния длительностью 4-5 мес. со снижением настроения, трудностями концентрации внимания, ощущениями пустоты в голове, наплывами, обрывами мыслей, головными болями, тягостными болями в области спины. Лечилась психиатром амбулаторно с положительным эффектом, так что ни разу не стационарировалась, продолжала посещать школу, причем успеваемость в основном не снизилась. После возвращения из длительной зарубежной командировки отца лечение было прекращено из-за его категорического запрета. Без матери, втайне от нее и по собственной инициативе пришла на прием, просит дать лекарства, которые ей помогали, или госпитализировать в больницу, поскольку очень плохо себя чувствует: снова отмечает подавленное настроение, ничего не хочется делать, мысли "разбегаются", "обрываются"; "наплывают" противные, неприятные мысли, от которых никак не избавиться, снова испытывает почти постоянные головные боли и тянущие мучительные боли в спине.

**Что может ответить ей детский психиатр? Как поступить в этой ситуации? Какие специалисты могут быть привлечены для оказания помощи ребенку?**

#### **№ 10**

Подросток 16 лет. Рос тихим, молчаливым, замкнутым, почти не задавал вопросов. В раннем возрасте признавал только мать, не отпускал ее от себя, кричал, плакал, когда оставался с отцом или бабушкой. Признавал только определенный набор пищи: ел

макароны, сосиски и фрукты, отказываясь от всех остальных блюд. Не любил менять одежду. Не терпел в доме посторонних, прятался, плакал, говорил, что он не хочет, чтобы приходили эти люди. На улице избегал общества детей; если и играл в песочнице, ни с кем из детей не хотел контактировать, отворачивался, старался увести мать подальше от скопления детей. Дома был тихим, незаметным, играл один, в основном в мягкие игрушки, рисовал. Боялся темноты, одиночества, любых животных, бассейна, отказывался купаться в открытых водоемах. Много фантазировал, рисовал свои фантазии, но редко рассказывал их содержание матери. В 4 года без помощи взрослых научился читать, с тех пор любимым занятием стало чтение. Было сделано три попытки помещения его в детский сад, но он не смог там адаптироваться: плакал, не ел, не садился за стол, не ложился в кроватку, отталкивал от себя воспитателей, не интересовался игрушками, отворачивался от детей. Каждый раз после попытки помещения в детский сад заболел простудным заболеванием с высокой температурой. В школу пошел в 7 лет, умея бегло читать и считать до 100. Не отвечал у доски до 5 класса, не отвечал на вопросы учителя в присутствии детей; разговаривал только с девочками, но односложно, лаконично, тихо; наотрез отказывался от всяких прогулок, кружков, экскурсий с классом. Время проводил дома один - с книжкой или за компьютером. Учился хорошо, особенно выделялся своими математическими способностями. Участвовал в олимпиадах, завоевывал первые места, но ни с кем не знакомился, соблюдая только внешние формальные правила поведения. Писал стихи, рассказы, но их не показывал. Крайне болезненно реагировал на любые попытки вмешаться в его жизнь, что-то подсказать, указать, вызвать на откровенность – на несколько дней «уходил в себя, переставал общаться, запирался в своей комнате, отказывался от еды. В 9 классе появился друг - мальчик из класса, спокойный, тихий, рассудительный, с которым они молча часами сидели за компьютером. Не согласуя своих планов ни с кем, после окончания средней школы собирается поступить на механико-математический факультет МГУ. Учится хорошо, без напряжения, оставаясь таким же замкнутым, молчаливым, необщительным, формальным. Родители подростка опасаются, что в случае непоступления в ВУЗ он может быть призван в армию. Сам он к такой перспективе относится также крайне отрицательно.

**Как заметить, как понять, что эти, как будто совершенно телесные (соматические), нарушения выражают у малыша какие-то душевные проблемы? К каким специалистам должны обратиться родители ребенка за помощью?**

## Вопросы к зачетному занятию по дисциплине «Детская психология и психиатрия».

1. Критические периоды возрастной ранимости
2. Психическая травма. Психотравмирующая ситуация.
3. Психогенные заболевания у детей и подростков.
4. Субклинические расстройства у детей и подростков.
5. Соматовегетативные расстройства у детей: невропатический синдром, расстройства пищеварения, питания, сна, навыков опрятности.
6. Психомоторные нарушения у детей: гипердинамический синдром, тики, заикание, мутизм.
7. Аффективные нарушения: страхи, возбудимость. Эмоционально-идеаторные расстройства: склонность к сверхценным образованиям, дисморфофобии.
8. Неврозы. Неврастения. Истерический невроз (истерия). Невроз навязчивых состояний. Клиника. Диагностика.
9. Особенности ухода и психологического сопровождения при неврозах. Психопрофилактика.
10. Патохарактерологическое и невротическое развитие личности в детском возрасте.
11. Причины, формы и виды девиантного поведения подростков.
12. Психопатии, условия формирования
13. Возбудимая психопатия, истерическая, психастеническая, астеническая, циклоидная, гипертимный тип, гипотимный, лабильный, шизоидный, эпилептоидный, сенситивный, неустойчивый. Клиника, динамика, расстройства влечений при психопатиях.
14. Тактика психологического сопровождения с целью создания условий для благоприятной динамики психопатий.
15. Сексуальные девиации. Онанизм. Петтинг. Транзиторный фроттеризм. Промискуитет. Групповой секс. Транзиторный подростковый гомосексуализм. Гиперсексуальность. Эротомания. Ранняя половая жизнь.
16. Сексуальные дисфункции. Преждевременное половое созревание. Замедленное половое созревание. Недостаточность гормонов. Расстройства сексуального влечения. Причины. Диагностика.
17. Тактика психологического сопровождения с целью предупреждения сексуальных девиаций и дисфункций у детей.
18. Пограничная интеллектуальная недостаточность. Психический инфантилизм. Врожденная субдебилность.
19. Задержки развития, обусловленные органическим повреждением мозга на ранних этапах его развития.
20. Психогенно обусловленные задержки развития, вызванные дефицитом информации в раннем детском возрасте.
21. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная дефектом органов чувств. Причины, признаки, диагностика, особенности ухода и психологического сопровождения.
22. Расстройства развития речи: экспрессивной речи, рецептивной речи, речевой артикуляции.
23. Расстройства развития учебных навыков: расстройство чтения, расстройство развития экспрессивного письма.
24. Расстройство способности к арифметическому счету. Причины, признаки, диагностика, тактика психологического сопровождения.
25. Факторы, влияющие на возникновение олигофрении.
26. Олигофрения. Степени олигофрении: дебилность, имбецильность, идиотия. Признаки. Диагностика.

27. Возможность обучения детей при олигофрении. Особенности ухода и психологического сопровождения.
28. Реакция отказа.
29. Реакция протеста (оппозиции).
30. Реакция имитации.
31. Реакция группирования со сверстниками.
32. Делинквентное поведение.
33. Реакция эмансипации. Побег из дома. Дромомания.
34. Реакции увлечения.
35. Реакции компенсации и гиперкомпенсации.
36. Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Проституция малолетних.
37. Нервная анорексия. Причины, признаки, диагностика, тактика психологического сопровождения.
38. Нервная булимия. Причины, признаки, диагностика, тактика психологического сопровождения.
39. Этиология детской шизофрении.
40. Основные клинические симптомы шизофрении в детском и подростковом возрасте. Эмоциональное снижение. Нарушения волевой деятельности. Формальные нарушения мышления. Диагностика, тактика психологического сопровождения.
41. Этиология эпилепсии.
42. Клиника эпилепсии у детей, течение.
43. Возрастные особенности пароксизмальных состояний у детей.
44. Бытовое пьянство.