

Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»

Институт инклюзивного образования
Кафедра специальной педагогики

(рег. № 182-389-2023 дата)
19.05.23.

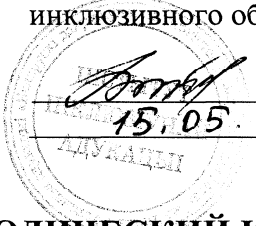
СОГЛАСОВАНО

Заведующий
кафедрой специальной педагогики

 Забелич Д.Н.
11.05. 2023 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор Института
инклюзивного образования

 Хитрюк В.В.
15.05. 2023 г.


**ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

«ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»

для специальностей:

- 1-03 03 01 Логопедия
- 1-03 03 06 Сурдопедагогика
- 1-03 03 07 Тифлопедагогика
- 1-03 03 08 Олигофренопедагогика

Составитель: Е.А. Лемех, кандидат психологических наук, доцент

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета БГПУ «15» 05. 2023, протокол № 9

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	3
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭЛЕКТРОННОГО УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	5
Лекция 1. История становления специальной психологии. Предмет специальной психологии, ее задачи, связь с другими науками	5
Лекция 2. Причины отклонений в психическом развитии. Классификации детей с особенностями психофизического развития	13
Лекция 3. Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии	22
Лекция 4-5. Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития	32
Лекция 6. Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально- психологическая реабилитация и абилитация	41
Лекция 7. Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие	46
Лекция 8. Задержанное развитие	53
Лекция 9. Дефицитное развитие	60
Лекция 10. Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие	65
Материалы для теоретического изучения	73
2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	74
2.1. Содержание практических занятий для студентов дневной формы получения образования	74
Практическое занятие 1	74
Практическое занятие 2	76
Практическое занятие 3	79
Практическое занятие 4	80
Практическое занятие 5	84
Практическое занятие 6	92
Практическое занятие 7	93
Практическое занятие 8	103
Практическое занятие 9	104
Практическое занятие 10	106
Практическое занятие 11	108
Практическое занятие 12	111
Практическое занятие 13	115
Практическое занятие 14	118
2.2. Содержание практических занятий для студентов заочной формы получения образования	119
Практическое занятие 1	119
Практическое занятие 2	122
Практическое занятие 3	126
3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	127
Тестовые задания	127
Вопросы к экзамену	137
4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ (учебная программа)	140

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель изучения учебной дисциплины «Основы специальной психологии»: формирование у студентов представлений о закономерностях развития и функционирования психики в условиях дизонтогенеза, формирование системы профессиональных знаний о теоретических и прикладных аспектах науки, формирование мотивационно-ценностного компонента профессиональной подготовки будущих специалистов.

Данный учебно-методический комплекс создан для активизации самостоятельной деятельности студентов, углубления и систематизации их знаний в ходе изучения данной дисциплины.

В ЭУМК «Основы специальной психологии» входят следующие разделы:

1. Теоретический раздел.
2. Практический раздел.
3. Раздел контроля знаний.
4. Вспомогательный раздел.

Содержание каждого из указанных блоков представлено в таблице.

Название раздела	Содержание
Теоретический	Содержание лекций Материалы для теоретического изучения
Практический	Содержание практических занятий
Раздел контроля знаний	Тестовые задания Вопросы к экзамену
Вспомогательный	Учебная программа

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭЛЕКТРОННОГО УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

1. Изучить тематический план дисциплины (обратить внимание на общее количество часов для изучения предмета, соотношение лекционных, практических занятий, объем самостоятельной работы для заочного отделения).

2. Изучить структуру учебно-методического комплекса. Ознакомиться с содержанием, иерархией структурных элементов комплекса.

3. Составить план изучения материала УМК: определить даты, темы и вопросы для изучения.

4. Приступить к изучению материала по определенной теме. Если для изучения учебного материала необходимо знание каких-либо структурных единиц из предыдущих модулей, рекомендуется сначала повторить их.

5. После освоения каждой структурной единицы целесообразно вновь вернуться к структурной схеме модуля для повторения взаимосвязей, систематизации учебного материала.

6. Выполнить задания для самостоятельной работы.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Лекция 1

История становления специальной психологии.

Предмет специальной психологии, ее задачи, связь с другими науками

Вопросы:

1. История становления специальной психологии. Роль и значение Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии.
2. Предмет, отрасли специальной психологии.
3. Задачи специальной психологии (по В.И. Лубовскому).
4. Внутрисистемные и междисциплинарные связи специальной психологии.
5. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.

1. История становления специальной психологии. Роль и значение Л.С.Выготского в становлении и развитии специальной психологии.

Научная психология уходит своими корнями в обыденную, житейскую психологию. *Обыденное сознание представляет собой бессистемный набор житейских представлений о тех или иных явлениях окружающего мира. Наблюдая за поведением лиц с отклонениями, люди пытались объяснить причины, вызвавшие их.* Однако обыденное сознание характеризуется неточностью, противоречивостью, фрагментарностью, оно направлено преимущественно на внешнюю сторону явления, а не на его сущность. Характер обыденных представлений о причинах отклонений в психической деятельности во многом определял отношение людей к их носителям.

Другой формой общественного сознания, возникшей позже обыденного и оказавшей на него сильнейшее влияние, было сознание религиозное, представляющее собой систему убеждений, основанных на вере. Религиозное сознание пытается построить целостную картину мира, по-своему объясняя все его явления.

Художественная форма общественного сознания. Мировое и отечественное искусство и литература неоднократно обращались к образам персонажей с различными психическими нарушениями. Общим в них является стремление проникнуть во внутренний мир таких людей, раскрыть логику их поведения, дать через описание единичного картину всеобщей сущности природы человека независимо от состояния его психического здоровья.

Если обыденные представления базируются на эмпирическом, житейском опыте, то религиозные и художественные имеют иную основу — иррационально-мистическую и образно-эмоциональную. Все три указанные формы общественного сознания существенно отличаются от более позднего по времени возникновения научного способа изучения мира.

Впервые попытка дать рациональное объяснение природы различных отклонений в психическом развитии была предпринята в рамках медицины. *Первые научные, в строгом смысле этого слова, представления начали формироваться в процессе систематического обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии.* Подобная система стала складываться в Европе в XVIII столетии под влиянием гуманистических и просветительских идей. Период до конца XIX столетия можно рассматривать как особый этап в развитии специальной психологии, который характеризуется ее «включенным» состоянием в коррекционно-педагогический процесс; этап, на котором она еще не выделилась в самостоятельную форму

познавательной деятельности со своим предметом и методами.

Формированию специальной психологии в качестве самостоятельной дисциплины во многом способствовало развитие экспериментальной психологии во второй половине XIX века. Уже к 90-м годам начали формироваться прикладные отрасли психологии. Первыми практическими сферами, в которых пытались использовать психологическое знание, были клиника и школа. Дефектологическая практика по своему содержанию занимала промежуточное положение между этими двумя областями. Именно поэтому на становление специальной психологии как самостоятельной науки оказали сильное влияние педагогическая и медицинская психология.

В начале XX столетия в специальной психологии наблюдается активная внутренняя дифференциация. Первоначально, в соответствии со сложившейся системой обучения и воспитания аномальных детей, начинают складываться такие ее отрасли, как сурдопсихология, тифлопсихология и олигофренопсихология.

Важной вехой следует считать открытие в 1929 г. в Москве научно-практического института детских домов и специальных школ и создание при нем лаборатории специальной психологии, объединившей усилия молодых талантливых ученых. В их числе был Л.С. Выготский. Он придал специальной психологии характер сформированной науки с собственным предметом, методами, задачами и системой объяснительных принципов. *Выготский не основал специальную психологию (как это часто утверждается), а способствовал ее окончательному оформлению и превращению в самостоятельную научную область. Это оказалось возможным благодаря его уникальным способностям продуктивно использовать опыт своих предшественников.*

Центральной стратегической задачей Л. С. Выготского было создание новой теории развития психики, которая была блестяще реализована, завершившись созданием концепции культурно-исторического развития, формирования высших психических функций, знакового опосредования, смыслового и системного строения сознания и т. д.

Уникальность данной научной ситуации состоит в том, что результаты клинико-психологических исследований Л. С. Выготского составили основу созданной им культурно-исторической теории развития психики. А упомянутая теория, в свою очередь, выступила базой для отечественной специальной психологии. Именно с этих позиций Л. С. Выготским были сформулированы важнейшие положения специальной психологии к которым относятся следующие:

- О системности строения психики человека, в свете которого нарушение одного из звеньев изменяет функционирование всей системы;
- Об актуальной и ближайшей зонах развития ребенка;
- Об идентичности факторов, обуславливающих развитие нормальных и аномальных детей;
- О первичных и вторичных отклонениях в развитии аномального ребенка и об основных направлениях коррекционной педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии;
- О коллективе как факторе развития ВПФ ребенка;
- Об изменении соотношения интеллекта и аффекта при умственной отсталости.
- О важности раннего коррекционно-педагогического воздействия на ребенка с отклонениями в развитии.

Научная деятельность Л. С. Выготского пришлась на вторую половину 20-х — первую половину 30-х годов. Усложнение социально-политической ситуации в стране приводит к усилению идеологического диктата и политическим репрессиям. Запрещаются целые научные направления.

Со второй половины 50-х годов начинается возрождение психологической науки в СССР. Восстанавливаются в правах идеи Л. С. Выготского. Получает дальнейшее развитие специальная психология, ориентированная на практику обучения детей с психическими отклонениями.

2. Предмет, отрасли специальной психологии

В процессе обучения и практической подготовки будущих специалистов в области коррекционной педагогики ключевая роль, бесспорно, принадлежит курсу «Основы специальной психологии». Этому предмету придается особое значение, поскольку именно он предшествует знакомству с такими частными разделами, как психология лиц с нарушениями интеллекта, зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата и др. Современная реальность практической работы специального психолога, учителя-дефектолога такова, что ему приходится иметь дело, как правило, не с одной формой отклонений, а сразу с несколькими. Именно поэтому так важно понимание общих основ специальной психологии, единых закономерностей отклонений в развитии.

Первоначально специальная психология не была отдельной областью знания, она находилась внутри поля дефектологии, «науке о детях с физическими и психическими нарушениями, их образовании, коррекции и компенсации недостатков психофизического развития». Как относительно самостоятельная отрасль науки специальная психология начала складываться в первое десятилетие двадцатого столетия, это связано с накоплением знаний в физиологии, медицине, психологии и необходимостью обоснования эффективности процессов обучения и воспитания детей с нарушениями развития. В процессе своего исторического формирования специальная психология изначально развивалась как многоотраслевая научная дисциплина. Первыми ее отраслями стали психология слепого, психология глухого и психология умственно отсталого ребенка, что было обусловлено прикладным характером науки, изначально ориентированной на решение практических задач специального образования. Это затрудняло процесс формирования обобщенного представления о ее предмете. Более того, долгое время предмет специальной психологии мыслился как обычная рядоположенность составляющих ее отраслей, был собирательным названием, простой оболочкой, а необходимость обобщения не осознавалась. Однако сами по себе разделы составляют лишь часть, которая не может заменить целого. Это целое имеет тенденцию к расширению: появлялись все новые группы детей с отклонениями в развитии, описывались все новые формы дизонтогенеза и формировались новые отрасли специальной психологии, все более отчетливо осознавалась необходимость в обобщенном представлении о ее предмете.

Возникла необходимость описать целостный предмет специальной психологии, который бы отражал все ее направления. В настоящее время Санкт-Петербургская школа специальной психологии полагает, что предмет изучения специальной психологии — это «развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях». Однако термин «неблагоприятные условия» высвечивает новую проблему — проблему определения этих условий, решение которой может, в конечном итоге, привести к неправомерному расширению предмета исследования специальной психологии (у каждого человека есть неблагоприятные условия в жизни).

Белорусская школа специальной психологии предлагает следующее определение. Предмет специальной психологии - динамика и закономерности нарушенного развития, а также его компенсация и коррекция.

Основные отрасли специальной психологии:

- психология лиц с нарушением слуха (сурдопсихология от лат. *surdus* – глухой). История обучения детей с нарушением слуха, следовательно, и первоначальное накопление знаний о психологии таких людей, насчитывает более четырех столетий (в работах «О тонкостях» (1550), «О моей жизни» (1575) физиологическое объяснение глухоты и немоты и обоснование необходимости дифференцированного подхода к глухим, доказательства возможности их умственного развития на основе использования сохранных органов чувств были предложены итальянским профессором, врачом и философом Джероламо Кардано);
- психология лиц с нарушениями зрения (тифлопсихология от гр. *tiphlos* – слепой). Первые попытки изучения таких детей насчитывают более двух столетий (в работе "Письмо о слепых в назидание зрячим" (1749) французский энциклопедист Дени Дидро дает материалистическое толкование психической деятельности слепых);
- психология умственно отсталых (олигофренопсихология от гр. *oligos* – малый, *phren* – ум). Почти два века развивается данная отрасль (Жан Этьенн Доминик Эскироль (1838), основательно изучив слабоумие, первым понял, что идиотия не болезнь, а состояние, характеризующееся тем, что умственные способности при нем в течение жизни никогда не развивались. Работы Эскироля положили начало клиническому и психологическому изучению слабоумия);
- психология детей с задержкой психического развития. Выделилась из олигофренопсихологии, первые серьезные экспериментальные исследования в конце шестидесятых годов XX века;
- психология лиц с нарушениями речи (логопсихология от гр. *logos* – слово). Одна из наименее разработанных отраслей, по мнению О. О. Косяковой начинает развиваться с восьмидесятых годов XX века).

В настоящее время активно развиваются:

- психология лиц с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения;
- психология лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Психология детей с тяжелыми множественными нарушениями - отрасль четко до сих пор не выделенная, поскольку имеет единичные исследования.

1. Задачи специальной психологии

Потребности дефектологии определили круг задач специальной психологии. По содержанию научной и практической направленности они могут быть объединены в несколько основных групп (В. И. Лубовский):

Первая группа – общенаучные теоретические задачи, касающиеся проблем развития психики аномального ребенка. Среди них можно выделить такие направления изучения:

- 1) раскрытие закономерностей развития и проявлений психики общих для нормальных и аномальных детей (N–A);
- 2) раскрытие общих закономерностей развития, присущих всем аномальным детям (A);
- 3) раскрытие специфических закономерностей развития и проявлений психики разных групп аномальных детей (A1, A2, A3...);

4) установление зависимости развития и проявлений психики от характера, механизмов и степени выраженности аномалии (A11, A22, A33...).

Вторая группа задач – это изучение аномалии формирования и развития конкретных форм психической деятельности и ее психических процессов у разных групп аномальных детей, т. е. изучение закономерностей формирования личности, умственной деятельности, речи, восприятия, памяти.

Третья группа задач – выявление путей компенсации дефекта и развития психики в целом.

Четвертая группа задач – это разработка научных основ, методов и средств обучения разных групп аномальных детей, теоретическое обоснование конкретных путей их обучения.

Решение этих основных задач возможно в ходе исследования целого ряда частных проблем в отдельных областях специальной психологии (например, сурдопсихологии, олигофренопсихологии, логопсихологии и т. д.).

В более позднее время круг задач специальной психологии определился следующим образом:

- ✓ изучение закономерностей и механизмов различных вариантов отклоняющегося психического развития;
- ✓ разработка методов и средств психологической диагностики отклонений в развитии;
- ✓ разработка стратегии, тактики и методического обеспечения психологической коррекции отклонений в развитии;
- ✓ психологическое обоснование содержания и методов коррекционно-развивающего обучения и воспитания лиц с отклонениями в психическом развитии в различных педагогических условиях;
- ✓ изучение закономерностей и условий социализации лиц с отклонениями в психическом развитии.

Появление новых направлений исследований в специальной психологии связано с формированием гуманистической парадигмы в области специального образования и защиты детства. Среди этих направлений:

- проблемы семейного воспитания детей с особенностями психофизического развития (ОПФР), разработка типов и форм взаимодействия семьи и учреждений образования, в том числе психологического сопровождения такой семьи;
- разработка концептуальных основ обучения и воспитания детей с тяжелыми множественными нарушениями: а) развернутых схем комплексного медико-психолого-педагогического обследования ребенка; б) понимания психологии развития таких детей — его этапов, общих закономерностей и специфических особенностей развития;
- проблемы интегрированного обучения и воспитания (инклюзивного образования) детей с ОПФР. В первую очередь определение психологических условий реализации образовательных потребностей конкретного ребенка, создание оптимального индивидуального образовательного маршрута, позволяющего сохранить ребенка в семье и максимально интегрировать в сообщество обычных сверстников.

2. Внутрисистемные и междисциплинарные связи специальной психологии

Предмет научного исследования не существует отдельно, поэтому специальная психология связана с другими науками. Наиболее тесные межпредметные связи, характеризующие внешнепсихологический уровень, с коррекционной педагогикой. Создание эффективных методов обучения и воспитания детей с ограниченными

возможностями немыслимо без знаний закономерностей их развития. Специальная психология является научной основой коррекционной педагогики.

Целый ряд неблагоприятных условий, на фоне которых может протекать психическое развитие ребенка, связан с патологией генного и хромосомного аппарата, с заболеваниями мозга, психическими заболеваниями, заболеваниями анализаторных систем. В силу этого у специальной психологии традиционно существуют связи с генетикой, а также невропатологией, психиатрией, офтальмологией, оториноларингологией.

Круг межпредметных связей специальной психологии очень широк и не ограничивается обозначенными выше. Можно констатировать связь с инженерными науками, занимающимися проектированием технических приспособлений и приборов для инвалидов; с социологией, общей педагогикой, философией, этнографией и пр.

Многоаспектность предмета специальной психологии позволяет устанавливать более тесные межпредметные связи внутри самой психологической науки.

Связь специальной психологии с общей психологией обусловлена тем, что последняя разрабатывает понятийный аппарат, исследует закономерности и механизмы функционирования психики человека, которые лежат в основе изучения ребенка, имеющего нарушения развития.

Психология развития исследует сам процесс развития, а специальная психология отвечает на вопрос, как развитие может происходить в иных условиях. В свою очередь это расширяет наши представления о генезе психики в целом. Поскольку в психике все тесно взаимосвязано, бывает трудно в норме вычлнить глубинные механизмы жизнедеятельности ребенка, изучение «особых» детей позволяют увидеть скрытые в норме механизмы. Когда не поломано – не видно, стоит поломаться – обнаруживается. Психология развития является научной основой, фундаментом специальной психологии.

Получение объективных данных о разных сторонах нарушенного развития возможно лишь при условии проведения всестороннего сравнения и анализа результатов исследований детей с нарушенным и нормотипичным развитием одного возраста. Таким образом, специальная психология представляет собой содержательную часть сравнительной психологии.

Создание психокоррекционных программ, обоснование форм и методов обучения и воспитания детей с ОПФР сближает специальную психологию с педагогической психологией.

Нельзя не сказать о связи специальной психологии с патопсихологией. Патопсихология изучает изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, вызванных разными заболеваниями - изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности. Специальная психология изучает отклонения в развитии, которые не представляют собой заболевания. Болезнь - разрушительный процесс разной интенсивности и темпа. Развитие, даже нарушенное, противоположно болезни. Вместе с тем, болезнь и ее последствия часто являются причиной отклонения в развитии. В подобных случаях симптомы заболевания и феномены отклонения в развитии переплетаются. Точками пересечения специальной психологии и патопсихологии будут дифференциальная диагностика, психологическая коррекция, профилактика нарушенного развития.

Особенно тесные связи у специальной психологии устанавливаются с одним из наиболее разработанных разделов медицинской психологии – нейропсихологией. Последняя занимается изучением мозговых механизмов психических функций на

материале локальных поражений головного мозга. С помощью нейропсихологических методов изучаются нарушения высших психических функций при поражении мозговых структур, диагностируются локальные поражения мозга и определяются возможности и методы реабилитации. Именно поэтому использование основных принципов и методов нейропсихологии при изучении детей с ОПФР оказывается весьма перспективным.

Рассмотренных связей достаточно для того, чтобы понять: предмет специальной психологии является чрезвычайно сложным и многоаспектным феноменом.

5. *Проблемное поле исследований в белорусской специальной психологии.* Проблемами сурдопсихологии занималась Григорьева Тамара Алексеевна («Развитие причинно-следственного мышления у глухих школьников» (1975г.)).

Тифлопсихологии – Ермолович Зоя Григорьевна (1972г.); Дьяков Дмитрий Григорьевич («Возрастная динамика переживания затруднительных ситуаций подростками с нарушениями зрения», 2007), Гаврилко Татьяна Ивановна («Динамика понимания эмоциональных состояний других людей слабовидящими младшими школьниками», 2003).

Первый нейропсихолог – Давидович Анна Александровна («Усвоение понятия числа и счетных операций первоклассниками с нейропсихологическими синдромами отклоняющегося развития», 2006г.)

В разное время проблемами олигофренопсихологии в Республике Беларусь занимались Алексина Лидия Ивановна («Динамика речевого развития умственно отсталых учащихся с нарушениями речи» (1978); Апацкая Зинаида Антоновна («Особенности формирования графических образов и действий у умственно отсталых школьников» (1984); Процко Татьяна Александровна («Особенности мыслительной деятельности умственно отсталых школьников при решении словесно-образных задач» (1980); Слепович Елена Самойловна («Особенности активной речи дошкольников, отстающих в развитии» (1978)).

Процко Т.А. долгие годы преподавала на дефектологическом факультете олигофренопсихологию. Она рассматривала особенности наглядного мышления в системной взаимосвязи со своеобразным развитием речи у учащихся с интеллектуальной недостаточностью младшего школьного возраста. Ее работы «Особенности мышления умственно отсталых школьников при оперировании жизненным опытом» (1993), «Психолого–педагогическое обследование учащихся младших классов вспомогательной школы»(2000), «Особенности развития познавательной стороны психики у младших школьников с легкой степенью интеллектуальной недостаточности» (2006) актуальны и в настоящее время.

Елена Самойловна Слепович, профессор, первый доктор психологических наук в области коррекционной психологии в Республике Беларусь. Ее наиболее значимые работы в области олигофренопсихологии: «Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью», «Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью». Практика специальной психологии». После защиты докторской диссертации Слепович Е.С. (1994) создает научную школу. Под ее руководством за этот период защищено семь кандидатских диссертаций (А.И. Гаурилюс, Е.А. Винникова, А.М. Поляков, Т.И. Гаврилко, А.А. Давидович, Д.Г. Дьяков, В.М. Навицкая) по специальности 19.00.10 – коррекционная психология. В том числе четыре работы в области олигофренопсихологии:

✓ Гаурилюс А.И. Возрастная динамика представлений учащихся вспомогательной школы о себе и одноклассниках в системе межличностных отношений (1998);

✓ Винникова Е.А. Моральная регуляция поведения у старших дошкольников с легкой интеллектуальной недостаточностью, воспитывающихся в разных социальных условиях (1999);

✓ Поляков А.М. Развитие продуктивных действий у подростков с легкой интеллектуальной недостаточностью (2002);

✓ Навицкая В.М. Возрастная динамика визуальной семантики форм у подростков с умственной отсталостью (2009).

Сайт школы специальной психологии Слепович Е.С. <http://www.special-psy.com/>

Литература

1. Лемех, Е. А. Основы специальной психологии : учеб. пособие / Е. А. Лемех. – Минск : Респ. ин-т проф. образования, 2017. – 218 с.
2. Сорокин, В. М. Специальная психология : Учеб.пособие / под научн. ред. Л.М.Шипицыной / В. М.Сорокин. – СПб. : «Речь», 2003. – 216 с.
3. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С.Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш.шк., 2012. – 512 с.
4. Слепович, Е. С. Белорусская специальная психология: преемственность и новации / Е. С. Слепович, А. М. Поляков // Журнал практического психолога. – 2006. – №6. – С.61–75.
5. Усанова, О. Н. Специальная психология / О. Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2006. – 400 с.

Лекция 2

Причины отклонений в психическом развитии.

Классификации детей с особенностями психофизического развития

Вопросы:

1. Патогенные факторы.
2. Психосоциальные факторы отклоняющегося развития.
3. Опосредующие факторы.
4. Классификация В.В. Лебединского.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

1. Патогенные факторы

Группа детей с нарушениями развития, по статистическим данным, в среднем составляет от 4,5 до 11% в зависимости от того, какие нарушения учитываются. В последнее время появилась тенденция к увеличению рождения детей с ОПФР. Это объясняется несколькими моментами: улучшение условий родовспоможения, работы служб охраны здоровья матери и ребенка, что обеспечивает лучшую выживаемость даже детей с тяжелыми пороками развития; значительные успехи тех заболеваний раннего возраста, которые в недавнем прошлом заканчивались гибелью детей; более совершенные методы диагностики; кроме того, общество в развитых странах повысило требования к обучаемости детей.

Последнее положение хорошо проиллюстрировал Н. Н. Малафеев, выступая на конференции «Интегративные тенденции современного специального образования» (Минск, 2003г.). «Откуда берутся дети с особенностями в развитии?» – задал себе вопрос Н.Н.Малафеев. Ответил: «От наших реформ. До введения всеобщего образования не было детей с легкой интеллектуальной недостаточностью. Появился стандарт, увидели, что дети не могут освоить в общей массе при единых методических подходах этот стандарт, тогда стали открываться вспомогательные школы. Утвердили обязательное базовое образование – получили детей с ЗПР. Если вдруг перейдем на обязательное преподавание на иностранном языке, абсолютно точно появится еще одна группа с особыми образовательными потребностями».

Почему же рождаются дети с нарушениями развития? Потому, что существуют вредоносные факторы, действующие на мозг ребенка во время внутриутробного развития, в момент родов или в первые годы жизни. Эти факторы нарушают процесс созревания и нормального функционирования мозга. Патогенные факторы – это биологические и психосоциальные причины отклоняющегося развития. Перечень подобных причин очень велик.

Обычно все многообразие *биологических факторов нарушений развития* делят на:

- ✓ наследственные факторы (70-90%), действующие до зачатия и поражающие половые клетки будущих родителей;
- ✓ врожденные – действующие уже на развивающийся плод;
- ✓ приобретенные – неблагоприятные воздействия, поражающие ребенка в первые три года жизни.

Эндогенные причины (наследственные, внутренние) включают изменение наследственных структур (генные и хромосомные мутации). Распространенность хромосомных болезней среди новорожденных составляет – 0,5%.

Большую роль играет возраст родителей. Частота рождения детей с трисомиями (три одноименные хромосомы вместо двух) 13-ой, 18-ой или 21-ой у женщин в возрасте 30–34 лет составляет один случай на 510, в возрасте 35–39 лет 1 на 185, в возрасте 40–44 лет 1 на 63, а старше 45 лет 1 на 24. Частота трисомий зависит и от возраста отцов. Основной причиной возрастного фактора является старение половых клеток, увеличение частоты мутаций (из-за гормональных нарушений, снижения устойчивости хромосом к химическим мутагенам и т.д.).

Экзогенные факторы (врожденные). Известно более 400 врожденных факторов. Во внутриутробном периоде центральная нервная система плода особенно чувствительна, ее повреждения встречаются часто и приводят в итоге к психическому недоразвитию (70-90%). Частота повреждений головного мозга у младенцев в среднем составляет около 7%. Среди них степень и характер нарушений психомоторного развития различны. От 1% до 3% составляют умственно отсталые дети (по данным ВОЗ), 0,5% – дети с нарушением поведения, расстройствами речи, нередко выраженной моторной недостаточностью. Около 2% дети с ДЦП.

Высокий риск рождения детей с нарушениями развития связан с гипоксией плода у матерей, страдающих в тяжелой форме хроническими заболеваниями: сердечнососудистой недостаточностью, болезнями печени и почек, сахарным диабетом, болезнью щитовидной железы. Эти болезни способствуют также недоношенности и осложнениям во время родов.

К числу этиологических факторов относят токсикозы беременных, иммунологическую несовместимость крови матери и плода по группе крови и резус фактору. Когда у резус отрицательной матери резус положительный плод, то это провоцирует выработку антител в крови матери. Антитела, проникают в кровоток ребенка, разрушают его эритроциты, вследствие чего выделяется билирубин, который отравляет плод. Это в дальнейшем может привести к умственной отсталости. Встречается у одного из 150-200 новорожденных.

Внутриутробные инфекции становятся причиной поражения центральной нервной системы плода в 4-5% случаев тяжелой и 1% легкой умственной отсталости. Организм человека формируется в основном в первые три - четыре месяца внутриутробного развития. Так, к примеру, в период от трех до девяти недель формируется сердце, от пяти до девяти – верхние конечности, от восьми до двенадцати - лицо, глаза, уши, нос и т.д. В первые три - четыре месяца активно формируется нервная система. Вот почему первый триместр беременности наиболее опасный и ответственный. Если беременная в этот промежуток времени перенесла грипп, краснуху, гепатит, токсоплазмоз, цитомегалию, сифилис и др., то возможно появление врожденных нарушений развития. Это происходит потому, что возникают воспалительные поражения головного мозга плода вследствие различных инфекционных заболеваний женщины. При этом отмечается, что относительно легко протекающие заболевания у матери могут приводить к тяжелым поражениям плода.

Токсические факторы (лекарства, алкоголь, курение, пищевые отравления). Физические факторы. Радиационные воздействия на беременных женщин при диагностических процедурах, терапевтических, профессиональных, случайных рентгеновских облучениях при катастрофе могут вызвать аномалии развития. Наиболее часто при этом наблюдаются пороки нервной системы, глаз и черепа.

Механические факторы. Травматические формы нарушений развития наблюдаются при механических травмах мозга и внутричерепных кровоизлияниях. При этом происходит локальная гибель нервных клеток. Особое место занимает

родовая травма, когда наряду с механическими повреждениями наблюдается нарушение мозгового кровообращения и кислородное голодание плода. Механические вибрации, связанные работой на станках, машинах, тракторах, разрушительно действуют на детородные функции будущей матери. Половая жизнь не желательна во все время беременности, особенно в первые три и последние два месяца беременности. Токсикозы беременных нередко являются следствием неупорядоченного, неосторожного поведения супругов, за которое приходится расплачиваться выкидышем или инфицированием матери и ребенка. У животных природа создала надежный механизм, защищающий плод: после зачатия влечение тормозится. У людей он, к сожалению, расшатан. Поэтому приходится полагаться на сознание.

Острые и хронические эмоциональные стрессы. Эмоциональный стресс сопровождается выбросом гормонов тревоги в кровь женщины, через пуповину они поступают к плоду, что оказывается не безразличным для него.

Влияние недоношенности и переносимости на психическое развитие ребенка определяется не только недостатком массы тела, но и продолжительностью беременности. Частота неврологических и психических нарушений у таких детей не менее 20%.

Среди приобретенных причин выделяют инфекционные и вирусные заболевания в раннем детстве, которые способны стать причиной отклонения в развитии, тяжелые черепно-мозговые травмы, состояния клинической смерти.

2. Психосоциальные факторы отклоняющегося развития

К психосоциальным факторам нарушений развития относят социальные и культурные факторы, депривационные феномены. Условия, в которых ребенок воспитывается в раннем возрасте, во многом определяют его дальнейшую жизнь. Препятствием в развитии ребенка могут стать депривации, в которых он не сможет приобрести социальный опыт или этот опыт окажется недостаточным.

Депривация – психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения в удовлетворении в достаточной мере потребностей, необходимых для полноценной жизни и развития. Данное понятие мы более подробно рассмотрим ниже.

В самом общем виде психосоциальные факторы влияют на ребенка следующим образом (И. А. Шаповал):

- ✓ недостаточность сенсорной и интеллектуальной стимуляции приводит к выраженной недифференцированности личности ребенка, а в случае грубой депривации – к морфологической незрелости мозга;
- ✓ перегрузки нервной системы, завышенные требования к ребенку могут спровоцировать срывы нервной системы с появлением функциональных расстройств, а также декомпенсацию – распад компенсаторных механизмов, выражающийся в резком снижении умственной работоспособности и обучаемости, расстройствах поведения;
- ✓ неблагоприятные условия воспитания в целом не разрушают и не травмируют психику, но способствуют усвоению неадекватных способов реагирования и поведения.

3. Опосредующие факторы

Если факторы биологического характера в большей степени находятся в поле зрения врачей, то социально-психологический спектр ближе к профессиональной области педагогов и психологов. С одной стороны можно наблюдать, что одна и та же причина приводит к совершенно разным нарушениям в развитии. С другой стороны,

отличающиеся по характеру патогенные факторы, могут вызвать одинаковые формы расстройств. Это означает, что причинно-следственные связи между патогенным фактором и нарушенным развитием могут носить не только прямой, но и опосредованный характер. Мы разделяем точку зрения В.М. Сорокина, который говорит, что конечный эффект действия патогенного фактора, то есть конкретная форма нарушенного развития (например, умственная отсталость, ЗПР, детский церебральный паралич (ДЦП) и т.д.) будет зависеть не только от него самого (например, алкоголизм родителей, родовая травма и т.д.), но и от многообразных комбинаций опосредующих переменных. К числу таких переменных относят :

- ✓ преимущественную локализацию вредоносного воздействия, влияние которого чаще всего избирательно, в результате чего пораженными могут оказаться самые различные структуры, органы и системы. Например, произошла локализация в 45 центре Брока в коре головного мозга, возникнет моторная алалия;

- ✓ интенсивность деструктивных условий, т.к. сила воздействия патогенного фактора напрямую определяет его конечный эффект, выраженность того или иного нарушения. Например, грипп можно перенести в легкой форме, а можно в тяжелой;

- ✓ экспозиция (длительность воздействия), т.к. чем дольше индивид испытывает на себе влияние патогенного фактора, тем тяжелее, в конечном счете, могут оказаться последствия. Например, однократное, в несколько секунд, воздействие радиации во время рентгена и массивное, в течение нескольких часов, облучение во время Чернобыльской аварии;

- ✓ частота является важной характеристикой вредоносных условий, т.к. даже если неблагоприятное воздействие будет кратковременным и достаточно слабым, при его частой повторяемости вероятен куммулятивный эффект, способный привести к серьезным расстройствам в развитии. Например, простудным заболеванием можно переболеть несколько раз за беременность и это наложит свой отпечаток.

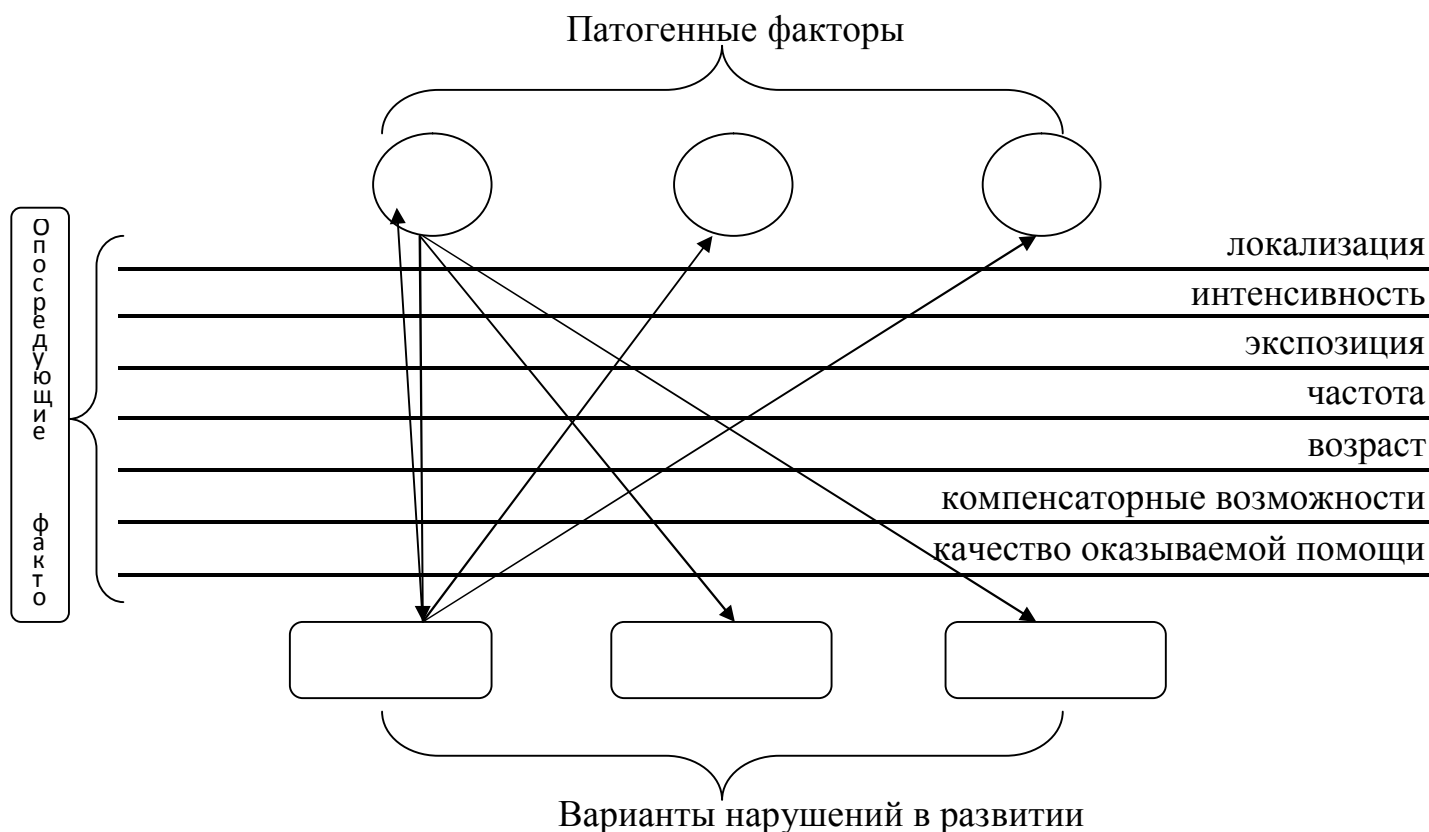
Перечисленные переменные относятся к характеристикам самого патогенного фактора. Однако не меньшее значение имеют и собственные свойства индивида, испытывающего на себе подобное влияние. К ним следует отнести:

- ✓ возраст: чем меньше ребенок, тем хуже для него возможные последствия различных вредностей;

- ✓ компенсаторные возможности, т.е. сопротивление вредным воздействиям со стороны защитных систем, начиная с иммунной и заканчивая сложными компенсаторными реакциями в виде многообразных механизмов психологической защиты.

Кроме того, конечный эффект действия патогенных факторов во многом определяется тем, насколько быстро и эффективно пострадавшему будет оказана квалифицированная помощь, в том числе и психолого-педагогическая.

Таким образом, результат воздействия этиологического фактора всегда опосредован сложнейшим сочетанием его характеристик и свойств самого индивида. Наглядно это представлено на схеме 1, предложенной В.М. Сорокиным.



Например, появится ли умственная отсталость у ребенка в результате того, что его мать перенесла грипп во время беременности, зависит от того, где локализуется вредоносное воздействие, какой силы и длительности будет заболевание, будет ли оно повторяться, а также от того на каком сроке беременности это произошло, какие компенсаторные возможности у плода, вовремя ли, качественно ли будет оказана помощь.

Знание причин, вызывающих нарушения развития, и условий, опосредующих их, расширяет представления о сущности дизонтогенеза.

Термин «дизонтогенез» впервые был употреблен Й. Швальбе в 1927 году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В настоящее время термин «дизонтогенез» включает также постнатальное развитие, преимущественно раннее, ограниченное сроками, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Дизонтогенез - общее название различных вариантов нарушений в психическом развитии. Синонимами могут считаться такие понятия, как отклоняющееся развитие, аномальное развитие (устаревшее). Соответственно говорят - аномальные дети (устаревшее), дети с особыми нуждами, дети с особенностями психофизического развития (ОПФР), дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ / российская терминология), дети с ограниченными возможностями развития (ОВР / казахстанская терминология), дети с особыми образовательными потребностями и т.д.

Для дальнейшего понимания содержания дисциплины «Основы специальной психологии» разграничим понятия в соответствии с нормативно-правовой базой нашей страны.

Лицо с особенностями психофизического развития (ОПФР) - лицо, имеющее физические и (или) психические нарушения, которые ограничивают его социальную

деятельность и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий (ст.1 Кодекса РБ об образовании).

В Республике Беларусь на 15.09.2010г. в республиканском банке данных состоит 126 785 детей с ОПФР.

Специальные образовательные условия – обучение и воспитание с организацией педагогической, медицинской, социальной и иных видов помощи, без которых невозможно или затруднено освоение содержания образовательных программ специального образования, в том числе с использованием технических средств социальной реабилитации, учебных планов, программ, учебников и учебных пособий специального образования, специальных методик обучения, созданием адаптивной образовательной среды (ст.14 Кодекса РБ об образовании).

Особые образовательные потребности – необходимость в специальных условиях, методах и дополнительных средствах обучения, обусловленная особенностями (физическими, психическими, социальными, лингвистическими и т.д.) и способностями обучающегося (Концепция развития инклюзивного образования лиц с ОПФР).

Следует понимать, что понятие «лицо с особыми образовательными потребностями» шире, чем понятие «лицо с ОПФР». Особые образовательные потребности могут быть и у одаренных детей, и у детей-билингвов, и у детей-левшей, а не только у детей, имеющих нарушения в развитии. Вместе с тем, у каждой группы детей с нарушениями развития имеются свои специфические особые образовательные потребности (особые образовательные потребности детей с нарушениями зрения, особые образовательные потребности детей с нарушением слуха и т.д.), о чем мы будем говорить ниже.

Безусловно, классификаций нарушенного развития существует много (авторы – Т. А. Власова и М. С. Певзнер, В. В. Ковалев, А. В. Семенович, Г. Е. Сухарева, Л. С. Цветкова и многие другие), мы рассмотрим несколько наиболее употребляемых.

Подробно получить представление о системе оказания помощи детям с особенностями психофизического развития, о типах учреждений специального образования в Республике Беларусь можно на сайте отдела специального образования Министерства образования Республики Беларусь ([http:// asabliva.by](http://asabliva.by)).

4. Классификация вариантов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского

В настоящее время наиболее популярна классификация нарушений в развитии, предложенная В.В. Лебединским. Он выделяет шесть вариантов дизонтогенеза:

1. Недоразвитие – тотальное недоразвитие всех психических функций. Типичной моделью общего недоразвития является олигофрения, врожденная или рано, до 2,5-3 лет, приобретенная умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность).

2. Задержанное развитие – замедление темпа развития психики. Полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма. Выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности, эмоциональной незрелости. Типичной моделью задержанного развития является задержка психического развития (ЗПР). В отличие от умственной отсталости характеризуется парциальным замедлением развития и разными степенями обратимости.

3. Поврежденное развитие описывает случаи, при которых ребенок имел длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами, интоксикациями, наследственными

дегенеративными, обменными заболеваниями. В отличие от общего недоразвития всегда имеется более или менее длительный период нормального развития, но в результате патогенного воздействия психические функции, уже сформировавшиеся, распадаются. Вместе с тем отдельные функции страдают неодинаково, в связи с чем, расстройства неоднородны, парциальны, частичны. Типичная модель – приобретенная после 2,5-3 лет деменция.

4. Дефицитарное развитие связано с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Наиболее показательной моделью нарушений по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникший на почве поражения сенсорной или моторной сферы.

5. Искаженное развитие – сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований. Наблюдается при процессуальных психических расстройствах. Типичной моделью является ранний детский аутизм.

6. Дисгармоническое развитие по структуре напоминает искаженное, но здесь причиной является не текущий болезненный процесс, а врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Типичной моделью данного вида дизонтогенеза могут быть различные формы психопатий, патологическое формирование личности.

Наиболее наглядно данная классификация представлена ниже в таблице.

№ п/п	Аномалия	Чем вызвана	Типичная модель
1.	Недоразвитие	Отставание в развитии	Олигофрения
2.	Задержанное развитие		ЗПР
3.	Поврежденное развитие	Поломка в развитии	Деменция
4.	Дефицитарное развитие		Нарушение слуха, зрения, речи, функций опорно-двигательного аппарата
5.	Искаженное развитие	Асинхрония развития	РДА
6.	Дисгармоническое развитие		Психопатия

На базе классификации В. В. Лебединского авторскую типологию отклоняющегося развития предлагают Н. Я. Семаго и М. М. Семаго. Они пытаются создать систему собственно психологических показателей развития ребенка, которые определяют направления работы психолога.

5. Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.09.1999 г. № 286 «О переходе органов управления и учреждений здравоохранения на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра» здравоохранением Беларуси был осуществлен переход на МКБ-10.

В настоящее время в нашей стране используется эта классификация, которая включает 21 класс болезней. Она принята Всемирной организацией здравоохранения в

1992 году и действует в настоящее время. В практике специальной психологии и коррекционной педагогики используется пятый ее класс «Психические расстройства и расстройства поведения», который содержит 11 разделов. Традиционно для дефектологии интересны 8-10 рубрики данного класса болезней.

Восьмая рубрика — умственная отсталость, дифференцируется по степени выраженности: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая, а также «другая» и «неуточненная».

Девятая рубрика — нарушения психологического развития, включающая специфические расстройства речи и языка; специфические расстройства развития учебных навыков; специфические расстройства развития моторной функции; смешанные специфические расстройства психологического развития; общие расстройства психологического развития; другие расстройства психологического развития; расстройство психологического развития неуточненное.

Десятая рубрика — эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, к числу которых относятся гиперкинетические расстройства; расстройства поведения; смешанные расстройства поведения и эмоций; эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста; расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов; тики; другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Безусловно, используются и шифры болезней из других разделов, например, шестой раздел «болезни нервной системы», седьмой раздел «болезни глаза и его придаточного аппарата», восьмой раздел «болезни уха и сосцевидного отростка» и т.д.

Все болезни имеют свой шифр из буквы латинского алфавита и цифры. Например, F70 (умственная отсталость легкой степени).

С целью обеспечения единых методологических подходов в осуществлении деятельности по абилитации и реабилитации лиц с особенностями психофизического развития, подготовке их к независимой социальной жизни в обществе Министерством образования Республики Беларусь разработаны методические рекомендации по использованию МКБ-10 в диагностической деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (2002 г.).

Методические рекомендации предназначены для специалистов в области медицины, педагогики и психологии, выполняющих функцию клинической диагностики, психолого-педагогического обследования детей с особенностями психофизического развития, с целью выбора для них адекватных форм образования и необходимых коррекционно-реабилитационных услуг.

В данных рекомендациях соотнесены медицинские диагнозы с традиционными психолого-педагогическими. Например, F83 — смешанные специфические расстройства психологического развития — задержка психического развития церебрально-органического происхождения; F70 — умственная отсталость легкой степени — легкая интеллектуальная недостаточность.

МКБ-10 результат многолетней работы огромного числа исследователей, она постоянно изменяется и дорабатывается по мере накопления все новых фактов. Создание МКБ-10 способствует активизации и оптимизации международного сотрудничества специалистов в одной области.

В специальном образовании данная классификация является рабочим инструментом психолого-медико-педагогических комиссий. Однако принятие

международной системы не отменяет практики существования и развития собственных национальных классификаций в разных странах.

С 2015 года Республика Беларусь реализует инклюзивное образование, в основе своей содержащее переход от медицинской к социальной модели понимания нарушений развития. В связи с этим нельзя не вспомнить такие классификации, как принятую в 2001 году Всемирной организацией здравоохранения Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и принятое в 2013 году Американской Психиатрической Ассоциацией (АПА) Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Если Международная классификация болезней (МКБ) описывает медицинский аспект болезни, то МКФ описывает социальный аспект проблемы, связанной с этой болезнью. Она рассматривает три уровня функционирования человека (функционирование организма, функционирование, отраженное в деятельности и функционирование в социальном окружении), а также те изменения, которые происходят в каждом из них при нарушении здоровья. Для каждой из составляющих МКФ устанавливает иерархическую классификацию и коды. МКФ обеспечивает основу для описания функционирования человека на протяжении времени. Она классифицирует функционирование, а не людей.

Согласно DSM-V при формулировке полного психиатрического диагноза учитывают следующие факторы («оси»):

- наличие или отсутствие психического заболевания (ось I),
- фоновой психопатии (ось II),
- соматического заболевания (ось III),
- усугубляющие психосоциальные факторы (ось IV),
- общий уровень адаптации (ось V).

Поскольку этиология большинства психических заболеваний неизвестна, классификация DSM-V основана на феноменологическом принципе. Такой подход практичен, хотя и лишён весомой теоретической основы.

Вместе с тем, факт, что психиатрический диагноз является стигмой, затрудняющей социальную адаптацию и реализацию предусмотренных законом прав людей, признан Всемирной психиатрической ассоциацией. Данная классификация позволяет избежать стигматизации, она также как и МКФ ориентирована на социальную модель понимания инвалидности.

Литература

1. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб.пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В.В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
2. Сорокин, В. М. Специальная психология: учеб.пособие/ под научн. ред. Л. М. Шипицыной / В. М. Сорокин. – СПб. : «Речь». 2003. – 216 с.
3. Семаго, Н. Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога, 2-е изд., испр. и доп. / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.

Лекция 3

Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии

Вопросы:

1. Теоретические основы специальной психологии.
2. Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией.
3. Методы специальной психологии.

1. Теоретические основы специальной психологии

Многоплановые исследования в области специальной психологии в нашей стране основываются главным образом на методологии общей психологии, теориях ведущих отечественных психологов. Особо следует выделить теорию деятельности А. Н. Леонтьева, теорию поэтапного формирования умственных действий П. Я. Гальперина, теорию мозговой локализации высших психических функций А. Р. Лурии, культурно-историческую теорию развития психики Л. С. Выготского, современные теоретические представления о социализации и социальных влияниях.

О. Н. Усанова очень подробно изложила предлагаемые теории и осуществила их анализ с точки зрения концептуальной основы специальной психологии.

Мы не ставим цель рассмотреть все эти теории, они изучаются в курсах общей психологии, психологии развития, нейропсихологии, социальной психологии. Остановимся только на значении каждой из них для специальной психологии.

Наиболее полно *теория деятельности* изложена в монографиях А. Н. Леонтьева «Проблемы развития психики» (1964) и «Деятельность. Сознание. Личность» (1975). Он рассматривает психику как форму деятельности, утверждая, что реальная деятельность, связывающая организм с окружающей действительностью, определяет развитие как сознания в целом, так и отдельных психических функций. Психика для него – не просто картина мира, система образов, а целенаправленная деятельность, система действий, объединенных единым мотивом.

С позиций теории деятельности предмет психологии – это законы порождения и функционирования психического отражения человеком объективной реальности в процессе деятельности. Деятельность понимается в данном случае как исходная реальность, с которой имеет дело психология, а психика рассматривается как ее производная сторона.

При деятельностном подходе предметом анализа становится не психика сама по себе, а деятельность, элементы которой могут быть внешними, материальными, или внутренними, психическими.

Цепочка формирования деятельности: потребность – встреча с предметом (опредмечивание) – мотив – цель – действие – результат. Для специальной психологии важно, что при деятельностном подходе всякое обучение рассматривается как деятельность. Такой подход к усвоению социокультурного опыта предполагает определенное истолкование соотношения знаний и умений. Принципиальным становится положение о том, что знания – составная часть умений, их можно получить и сохранить только в условиях активности обучаемого.

С позиций теории деятельности проблема обучения детей с ОПФР должна ставиться как освоение ими таких видов деятельности, в которых изначально заданы и система знаний, и их использование в заранее предусмотренных пределах. Важен

также учет всех составляющих деятельности для планирования любого коррекционно-развивающего процесса.

Теория поэтапного формирования умственных действий возникла и развивалась в русле теории деятельности П. Я. Гальперина. При создании теории он руководствовался принципом единства психики и деятельности, представлением о неразрывной связи внешней и внутренней деятельности.

П. Я. Гальперин считает, что передача опыта совершается не только путем общения обучающего с обучаемым, а посредством экстерииоризации требуемой деятельности, моделирования ее во внешней материальной форме, путем постепенного преобразования во внутреннюю деятельность обучаемого. Во время обучения внешние предметы деятельности заменяются их образами – представлениями, понятиями, а практические операции преобразуются в операции умственные, теоретические.

Всего П. Я. Гальперин выделяет пять этапов усвоения действия. Период создания необходимой мотивации обучающегося он обозначает как «надэтап». 1 этап – создание ориентировочной основы действия. 2 этап – формирование действия в материальном (действие с предметами) или материализованном (действие со схемами, символами) виде. Для подготовки к переходу на следующий этап формирования действия на втором этапе материальная форма действия сопровождается речью. Это означает, что учащиеся проговаривают все, что выполняют практически. 3 этап – формирование действия как внешнеречевого. На этом этапе все элементы действия представляются в форме развернутой громкой речи. 4 этап – формирование действия в речи «про себя». Он отличается от предыдущего тем, что действие выполняется беззвучно, при проговаривании «про себя». На первых порах развернутость, сознательность, обобщенность действия та же, что и на предыдущем этапе, но постепенно оно сокращается, приобретая схематичный характер. 5 этап – формирование действия во внутренней речи и его полный переход в умственную форму. Действие становится автоматизированным и практически недоступным наблюдению.

Таким образом, умственное действие есть продукт поэтапного преобразования внешнего материального действия.

В диагностике нарушений развития учитывается этап сформированности действия и те этапы, которые в момент обследования недоступны ребенку. В коррекционной работе программы взаимодействия с ребенком строятся поэтапно, строго соблюдая содержание каждого из них.

Для специальной психологии данная теория открывает новые подходы к психодиагностике, позволяет строить ее программу, исходя из представлений о поэтапном формировании умственных действий. Появляется возможность принципиально по-новому организовать процесс обучения, управлять им.

Основываясь на позиции *культурно-исторической теории развития психики* Л. С. Выготского. Идеи Л. С. Выготского о двух аспектах анализа умственного развития ребенка весьма существенны для специальной психологии в том смысле, что они задают совершенно четкое направление организации психодиагностики, указывают на необходимость качественного анализа ее результатов. Становится понятным, что для определения сущности затруднений или нарушений развития ребенка важно оценить и актуальный и потенциальный уровни его развития.

Сосредоточение на зоне ближайшего развития, ее масштабе и содержательных характеристиках, в том числе обучаемости ребенка, должно способствовать выделению основных факторов нарушения развития и пониманию динамики развития. Кроме того,

представляется важным ориентироваться на масштабность этой зоны при разработке профилактических и коррекционно-развивающих программ работы с детьми, а также при определении условий, путей и методов их обучения.

Основные положения теории А. Р. Лурия о системной динамической локализации высших психических функций человека можно сформулировать следующим образом:

1. Каждая психическая функция, представляющая собой сложную функциональную систему, осуществляется мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции.
2. Различные звенья психологической системы размещены в различных корковых и подкорковых структурах и многие из них могут замещать друг друга.
3. При повреждении определённого участка мозга возникает «первичный» дефект – нарушение определённого физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре.
4. В то же время в виде системного следствия возникают «вторичные» дефекты как результат поражения общего звена, входящего в различные функциональные системы.

В специальной психологии учение А. Р. Лурии о системной локализации высших психических функций в мозге служит основой нейропсихологического подхода к анализу нарушений развития. Оно ориентирует на выделение ведущих факторов нарушений развития, что становится определяющим при составлении научно обоснованных программ коррекционно-развивающего обучения.

В плане перспектив специальной психологии теория функциональных систем, как и современное представление о высших психических функциях, вселяют оптимизм. Прижизненное формирование не только высших психических функций, но и обеспечивающих их мозговых систем, пластичность этих систем, динамичность их частей, наличие резервов открывают огромные возможности для направленного формирования высших психических функций, коррекционно-развивающего обучения детей с нарушениями психического развития.

Специальная психология с одной стороны выясняет, как происходит личностное становление человека с нарушениями развития, каким образом дети с ОПФР осваивают социальные роли, приобретают навыки взаимодействия с другими людьми, с другой стороны изучает, как само общество относится к таким детям. Ответить на эти вопросы можно только опираясь на современные представления о социализации и социальном влиянии.

В социальной психологии «социализация рассматривается как двусторонний процесс, в котором, с одной стороны, индивид *усваивает* социальный опыт, а с другой – *активно воспроизводит* системы социальной связи в своей жизнедеятельности (Г.М.Андреева, 1996)».

Для специальной психологии значимым является изучение процесса умножения социальных контактов при нарушениях развития, зависимость развития этих контактов от сохранности функций и средств общения, так как именно общение страдает в первую очередь при отклонениях развития.

Если взглянуть на возрастное развитие с позиций социализации, то становится понятным, что именно знание специфики отношений между ребенком и средой в конкретный возрастной период позволяет распознать и спрогнозировать отклонения развития.

2. Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией

Специальная психология базируется на общефилософских принципах, которые выступают в качестве объяснительных, помогают ориентироваться в эмпирических данных, классифицировать и понимать их. Данные принципы хорошо описаны В.М.Сорокиным, О. Н. Усановой.

Наиболее общим является принцип отражательности. Его суть: все психические явления, во всем их многообразии, представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний. Фундаментальными свойствами психического отражения являются его субъективность, активность, избирательность и целенаправленность. Никакие, даже самые грубые патологические нарушения психической деятельности не изменяют ее отражательной сущности. Речь может идти лишь о снижении степени адекватности отражения, превращении адекватного отражения в ложное, как, например, при галлюцинациях.

Принцип детерминизма. Его суть: психические явления рассматриваются как причинно-обусловленные, производные от внешнего воздействия, которое и отражается психикой. Самое простое понимание принципа детерминизма в специальной психологии – не бывает и не может быть беспричинных нарушений развития. Причина может быть известна, может – не известна, но она существует.

Генетический, или принцип развития. Его суть: все психические явления необходимо рассматривать исключительно в динамическом плане, т.е. в процессе развития и становления.

Говоря о генетическом принципе необходимо рассмотреть понятие системогенеза – процесса последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонения. Эти симптомы никогда не появляются все сразу, они имеют определенную возрастную динамику. Например, врожденное или рано приобретенное снижение остроты слуха приведет к отставанию в речевом развитии, что окажет влияние на формирование мышления, произвольную регуляцию поведения, коммуникативные навыки. Снижение остроты зрения в первые месяцы жизни мы можем не увидеть, но, начиная с четвертого месяца, появляются особенности ориентировочной активности, на звук ребенок не поворачивает голову, отсутствует рефлекс «Что такое?». Дальнейшие эффекты системогенеза будут связаны с отставанием в развитии восприятия, моторной сферы и т. д.

Принцип единства сознания и деятельности. Его суть: психика развивается и проявляется в процессе внешней материальной деятельности человека, составляя ее внутренний план. Чем точнее и глубже сознание отражает окружающий мир, тем более гибким становится поведение человека и тем эффективнее его деятельность. Равно как и наоборот: чем активнее действует человек, тем точнее становится характер его отражения. Деятельностный подход предполагает и то, что сама психическая реальность рассматривается как особая форма деятельности.

Это общеметодологические принципы, определяющие понимание психических явлений в норме и при патологии. Однако любая прикладная дисциплина всегда пользуется частными. В специальной психологии это специфичные принципы, задающие направление изучения нарушений в психическом развитии.

3. Методы специальной психологии

Специальная психология использует общепсихологические методы, однако применение их имеет свою специфику, которая изучена достаточно широко (Н. В. Беломестнова, Н. Л. Белопольская, И. М. Бгажнокова, С. Д. Забрамная, И. А.

Коробейников, И. Ю. Левченко, В. И. Лубовский, Л. Пожар, Н. Я. Семаго, М. М. Семаго, В. М. Сорокин, Э. Хейссерман, И. А. Шаповал и др.). Методы делят на основные (наблюдение, эксперимент) и вспомогательные (беседа, тест, анкета, анализ продуктов деятельности). Вспомогательные методы используются для уточнения данных, полученных при проведении исследования с использованием основных методов.

Выбор метода определяется задачами исследования. В процессе изучения ребенка с нарушениями развития специалист должен ставить перед собой следующие задачи: установить особенности психического развития; определить структуру дефекта психики; выявить положительные стороны психики; наметить оптимальные условия коррекционного воспитания и обучения; определить оптимальный образовательный маршрут ребенка.

При помощи основных методов исследования можно получить психологические факты, количественные и качественные данные о психическом развитии ребенка.

Наблюдение. В специальной психологии наблюдение имеет особое значение, поскольку не всегда удастся провести психологический эксперимент из-за тяжести и выраженности нарушений развития испытуемого; кроме того, направленность на качественный анализ экспериментальных данных обязательно предполагает их дополнение данными наблюдения.

К проведению наблюдения предъявляются следующие требования (И.А. Шаповал):

1. Следует дать по возможности исчерпывающие и точные описания поведения ребенка в самых разнообразных ситуациях.

2. Необходимо избегать субъективных толкований и оценок. При этом особое внимание обращаем на так называемый дефект-центризм — сложный установочный феномен, приводящий к смешению возрастных и индивидуальных характеристик действий ребенка с клиническими симптомами.

Психологические механизмы дефект-центризма заключаются в апперцепции (зависимости восприятия от жизненного, в данном случае — профессионального опыта) и антиципации (способности в некоей форме предвидеть развитие событий или явлений). Поскольку, как правило, специалист заранее знает об особенностях развития ребенка, которого собирается изучать, все своеобразие его поведения он может начать объяснять наличием дефекта. Таким образом, искажаются не только выводы о состоянии испытуемого, но и сам процесс наблюдения.

3. Точное описание факта, а не его толкование необходимо заносить в протокол, т.к. последнее может быть спорным. Достоверность суждений о внутренних состояниях наблюдаемого индивида требует многократной и беспристрастной регистрации его поведенческих актов, а не их интерпретации. Сам же процесс интерпретации является сложным интеллектуальным актом анализа и синтеза большого фактического материала — результатов объективного наблюдения.

4. При описании следует пользоваться словами и терминами, имеющими одно значение и точно соответствующими наблюдаемому явлению.

5. Делая обобщения и выводы наблюдений, следует учитывать все данные наблюдения.

Осуществляя процесс наблюдения необходимо помнить, что дети с нарушениями зрения проявляют определенную сдержанность, недоверие, бедную мимику, подчеркнутую дисциплинированность; их мимика и пантомимика часто неадекватно отражает душевное состояние.

У глухих и слабослышащих наблюдаются преувеличенная мимика и жестикация, но их механически заученная, эмоционально невыразительная речь не дает достоверной информации об их чувствах и переживаниях.

Замкнутость, неуклюжесть движений детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, свойственная им переоценка или недооценка собственной личности часто скрывают их настоящее Я.

Дети с недостатками речи реагируют на наблюдение очень чувствительно, при этом их недостатки речи, как правило, усиливаются.

Наиболее объективно по сравнению с другими категориями наблюдение за детьми с интеллектуальной недостаточностью. Если они даже и пытаются показать себя иными, чем в действительности, это легко можно увидеть, так как они открыто обнаруживают свои чувства и недостатки. Однако трудности интерпретации наблюдаемого поведения могут возникнуть в связи с бедностью речи, амимичностью, примитивностью жестов.

Необходимо учитывать, что интроспекция (самонаблюдение) у детей с особенностями в развитии еще менее объективна, чем у здоровых. Например, у слепорожденных и рано потерявших зрение детей и подростков нет адекватных знаний о визуальных признаках предметов и явлений окружающего мира; у неслышащих в высказываниях отражаются недостатки речи и своеобразие мышления; дети с интеллектуальной недостаточностью неспособны к точным наблюдениям и рассуждениям; дети и подростки с нарушениями опорно-двигательного аппарата не имеют адекватной ориентации в пространстве; при тяжелых нарушениях речи в процессе высказывания о результатах самонаблюдения недостатки речи могут значительно усиливаться.

Возможности использования данных самонаблюдения в специальной психологии ограничены еще и тем, что самосознание в онтогенезе появляется достаточно поздно. Поэтому интроспекция как метод может использоваться только в зрелом возрасте в сочетании с полной интеллектуальной сохранностью.

Наблюдение во время психологического обследования (эксперимента) возможно при использовании специальной, заранее заготовленной карты-схемы с применением определенных символов. Это позволяет, не привлекая внимания ребенка, отметить наличие и интенсивность наблюдаемых характеристик.

Эксперимент. Определение уровня актуального развития через констатирующий эксперимент позволяет достоверно оценить степень отставания ребенка от нормативных характеристик данного возраста, определить, какие стороны его психики и поведения в большей степени нарушены, а какие остаются более сохранными, другими словами, поставить диагноз, затем организовать адекватную и целенаправленную коррекционную помощь.

Формирующий (обучающий) эксперимент – неотъемлемая часть дифференциальной диагностики. Запланированная заранее, дозированная помощь позволяет видеть и точно измерять продвижение ребенка в решении задачи в зависимости от объема и формы помощи. Помимо диагноза позволяет увидеть прогноз.

Требования к проведению эксперимента:

1. Приступая к эксперименту, необходимо моделировать обычную психическую деятельность ребенка.

2. Необходимо разработать детальный план проведения, учитывая соответствие поставленной задачи возможностям реализации ее ребенком. Нужно убедиться в том, что испытуемый понял сущность предлагаемого задания. В силу разных причин

(сенсорных, речевых, интеллектуальных, эмоциональных нарушений) доступная для нормального ребенка инструкция оказывается не понятной ребенку, поэтому задание выполняется неправильно. В этом случае отрицательный результат отражает не сами возможности ребенка с нарушениями развития, а степень точности понимания предложенного задания, что может быть причиной диагностической ошибки.

3. Экспериментальная процедура должна быть адекватной возможностям ребенка по характеру стимульного материала и последовательности его подачи. При серьезных нарушениях речи следует использовать задания, не требующие речевого отчета. Инструкция может подаваться в форме демонстрации образца действий, которые должен повторить испытуемый.

4. Детям с ОПФР присуще отсутствие интереса, снижение уровня общей работоспособности, быстро развивающееся утомление и связанное с ним чувство эмоционального дискомфорта. Именно поэтому проведение эксперимента носит дозированный, парциальный характер.

5. Следует остерегаться произвольных малообоснованных толкований. Поэтому, делая в заключении какой-либо вывод, нужно обязательно записывать факты (слова или действия ребенка), из которых этот вывод следует. Полезно также проверить этот вывод с помощью других методик при повторном исследовании. Единичные, не повторяющиеся экспериментальные факты очень редко имеют существенное значение.

6. Организация экспериментальной процедуры требует учета состояния мотивационной сферы ребенка: ее неустойчивость, низкий уровень познавательных интересов может быть истинной причиной чрезвычайного разброса полученных показателей у одного и того же испытуемого. В ходе эксперимента необходимо создать благоприятную эмоциональную обстановку, чтобы устранить чувство застенчивости, неловкости и другие побочные факторы.

7. Ход эксперимента отражается в протоколе, в котором указываются краткие сведения об испытуемом, время проведения эксперимента, подробное испытание всего происходящего. Например, умственно отсталые дети не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и действуют не в рамках ситуации - играют с пособиями, прячут их в карманы, выполняют действия, противоположные тем, которые их просят выполнить. Такие действия не следует рассматривать как срыв эксперимента, это очень ценный и важный материал, при условии, что он тщательно запротоколирован.

8. При обработке полученных данных кроме методов математической статистики необходимо использовать качественную обработку полученных данных. Не столь важно, решена или нет задача, каков процент выполненных и невыполненных заданий, главными являются качественные показатели, дающие информацию о способе выполнения заданий, типе и характере ошибок, об отношении ребенка к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора.

Ведущим в специальной психологии является, несомненно, формирующий (обучающий) эксперимент, он позволяет увидеть, какие виды помощи доступны ребенку, сделать качественный анализ экспериментального материала.

Во время экспериментальной процедуры ребенку можно и нужно оказывать помощь. Среди форм помощи С. Я. Рубинштейн, а вслед за ней И. А. Шаповал выделяют:

- простое переспрашивание, просьбу повторить то или иное слово (привлечение внимания испытуемого к сказанному или сделанному);
- одобрение и стимуляцию дальнейших действий, например, «хорошо», «дальше»;

- вопросы о том, почему испытуемый сделал то или иное действие (помощь в уточнении собственных мыслей);
- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- подсказку, совет действовать тем или иным способом;
- демонстрацию действия и просьбу самостоятельно его повторить;
- пошаговое обучение выполнению задания.

Оказание помощи имеет общие правила: сначала следует проверить, не окажутся ли достаточными более незначительные виды помощи, и лишь затем прибегнуть к демонстрации и обучению; специалист не должен быть многословным или чрезмерно активным; его вмешательство в работу испытуемого должно быть обдуманное, скупым, редким; каждый акт вмешательства, т.е. помощи, должен быть внесен в протокол, так же, как ответные действия и высказывания испытуемого.

Не менее продуктивно в сравнении с другими методами используются и методы беседы, сбора психологического анамнеза.

Беседа. Уход ребенка от темы беседы, попытки рассказать о чем-то другом, внезапная замкнутость, формальные односложные ответы — все это высокодиагностические признаки.

Требования к проведению беседы:

1. Темы беседы с ребенком зависят от конкретных задач обследования, они должны охватывать основные сферы его жизнедеятельности: семья, детский сад, интересы, общение, мнение ребенка о себе, своих возможностях и способностях. Более детально рассматриваются темы, важные для достижения цели исследования, например, круг представлений об окружающем, запас сведений, особенности ориентировки в пространстве, во времени, в явлениях природы и общественной жизни, осведомленность в определенных областях.

2. Нужно учитывать то, что ребенок может устать и утратить интерес к содержанию беседы, поэтому, она не должна быть чрезмерно длительной.

3. Беседа как метод может быть использована с детьми, у которых достаточный уровень развития устной речи. Метод беседы используется у детей до четырех лет и с низким уровнем речевого развития ограниченно, так как словесные ответы у них носят еще свернутый характер.

4. В специальной психологии необходимо владение определенными навыками для проведения беседы с определенными группами детей с дизонтогенезом (жестовая речь, альтернативная коммуникация).

5. Необходимо точно определить цель, основное содержание беседы, характер и последовательность предлагаемых вопросов, которые формулируются в процессе подготовки. Беседа готовится заранее, детям задают вопросы в одной и той же последовательности. Проводит ее подготовленный специалист, который заносит ответы детей в протокол дословно, фиксирует эмоциональные реакции, интонации обследуемого. При обработке полученного материала, детские высказывания осмысливаются и соотносятся с другими данными.

6. В начале знакомства с ребенком удобно начинать беседу с простых деловых вопросов («Как тебя зовут? Сколько тебе лет? С кем ты дружишь?»). Такой подход обычно успокаивает ребенка. В результате он быстро вступает в контакт с экспериментатором.

7. Заключительный этап беседы проводится после экспериментального исследования. Специалист выясняет, какие задания ребенку понравились, а какие нет; что было трудно, а что легко; как ребенок оценивает свои успехи. На основе ответов

уточняются представления о личностных особенностях ребенка (самооценка, уровень притязаний, критичность и т.д.), его эмоционально-волевых проявлениях.

К вопросам, составляющим беседу, предъявляются следующие требования:

1. Задаваемые вопросы должны быть понятны.
2. При формулировании вопроса следует избегать малораспространенных слов и слов с двойным значением.
3. Вопросы не должны быть слишком длинными.
4. Необходимо избегать сдвоенных вопросов.
5. Следует так формулировать вопрос, чтобы избежать шаблонного ответа.

В форме беседы чаще всего проводится сбор психологического анамнеза - истории психического развития ребенка. Беседа с родителями, воспитателями и другими взрослыми, знающими ребенка, может предоставить немало ценной информации. Сложность состоит в том, что эти данные не структурированы. Родителям часто трудно выделить главное, многие путают историю болезни с историей психического развития своего ребенка. Именно поэтому необходимо точно направлять рассказ, задавая конкретные вопросы об этапах и сторонах развития. Анамнестические сведения можно существенно пополнить, если история развития ребенка воспроизводится разными людьми (отцом и матерью, одним из родителей и воспитателем и т.д.). При сборе психологического анамнеза в процессе беседы с родителями нужно помнить, что тема, касающаяся специфичности их ребенка, может быть болезненной. Поэтому формулирование вопросов должно быть предельно деликатным.

Сбор анамнеза в процессе работы с педагогами всегда более продуктивен в силу их профессиональной подготовки, однако они склонны рассматривать развитие в контексте процесса обучения, что делает анамнез несколько односторонним.

Опросники (анкеты) чаще всего применяются в работе с родителями и педагогами. Четкое выделение составляющих поведения, эмоциональных реакций и состояний, характеристик деятельности позволяет родителям (педагогам) достаточно подробно и детально проанализировать повседневные, типичные проявления психической жизни ребенка. Самостоятельное анкетирование детей с особенностями в развитии возможно только начиная с подросткового возраста и имеет свою специфику, выражающуюся в технической стороне процесса. Например, анкетный опрос незрячих можно осуществить только если текст будет переведен в специальную систему письма (шрифт Л. Брайля); отсутствие посторонней помощи детям с интеллектуальной недостаточностью не всегда гарантирует правильность понимания вопросов в анкете (поэтому к формулировке вопросов предъявляются особые требования) и т.д. Заполнение же анкеты психологом нарушает конфиденциальность, снижает уровень достоверности получаемого материала.

Стандартизированные методики (тесты) могут использоваться с определенными ограничениями, в виде вспомогательного средства при ведущей роли экспериментального подхода и качественного анализа полученного материала.

Во-первых, сами параметры стандартов тестов (форма, скорость подачи инструкции и т.д.) всегда соотнесены с возможностями стандартного психофизиологическим особенностям человека. Следовательно, ребенок с нарушениями развития оказывается в ситуации, не соответствующей его возможностям, и оценка его результатов отражает не уровень диагностируемой способности, а неадекватность условий диагностики особенностям испытуемого.

В. И. Лубовский подчеркивает, что тесты не приспособлены для выявления специфики отставания в психическом развитии, связанной со своеобразием дефекта. Например, они не могут обнаружить различий между психологическими особенностями ребенка с задержкой психического развития и с нарушенным развитием речи при сохранных возможностях интеллектуального развития.

Во-вторых, большинство стандартизированных методик фиксирует конечный итог деятельности и отражает лишь актуальный уровень развития испытуемого. Для практики специальной психологии нужны сведения и о зоне его ближайшего развития. Как справедливо отмечает В. М. Сорокин, от этого зависит не только эффективность дифференциальной диагностики, но и направления коррекционной работы, оценка ее продуктивности. Решение этих задач возможно только путем экспериментальной стратегии и прежде всего формирующего эксперимента.

Требования к тестированию:

1. Тестирование детей с нарушениями развития принципиально следует проводить только индивидуально, причем исключительное внимание необходимо уделять пробным заданиям, чтобы полностью убедиться, что инструкции поняты правильно.
2. При тестировании испытуемых, необходимо обеспечить соответствующую мотивацию, поскольку низкие результаты часто бывают вызваны отсутствием интереса, незаинтересованностью ребенка в выполнении задания.
3. Достоверными необходимо считать высокие результаты, в то время как к низким следует относиться более скептически — они могут быть вызваны трудностями выполнения задания, обусловленными дефектом, недостаточным пониманием задания, слабой мотивацией испытуемого, наконец, неопытностью психолога.
4. Психодиагностическое тестирование следует использовать как вспомогательный метод, всегда лишь дополняющий другие методы, — длительное наблюдение, беседу, эксперимент.

Изучение продуктов деятельности ребенка в сочетании с психолого-педагогической характеристикой ребенка, показателями его успеваемости позволяет педагогу установить характер и причины затруднений в обучении, наметить меры по повышению успеваемости, опереться на положительные качества личности и деятельности ребенка в дальнейшей коррекционной работе.

Достаточно проблематично использование проективных методик из-за их низкой дифференциально-диагностической разрешающей способности, что, однако, не закрывает путь их употребления в качестве вспомогательного методического средства в условиях учреждений образования.

Литература

1. Сорокин, В. М. Специальная психология: учеб. пособие / под научн. ред. Л. М. Шипицыной / В. М. Сорокин. — СПб. : «Речь», 2003. — 216 с.
2. Усанова, О. Н. Специальная психология / О. Н. Усанова. — СПб. : Питер, 2006. — 400 с.
3. Шаповал, И. А. Специальная психология: учебное пособие / И. А. Шаповал. — М. : ТЦ Сфера, 2005. — 224 с.

Лекция 4-5

Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития

Вопросы:

1. Общие закономерности психического развития
2. Модально-неспецифические закономерности развития психики детей с ОПФР.
3. Модально-специфические закономерности развития психики детей с ОПФР.

1. Общие закономерности психического развития

В специальной психологии различают общие, модально-неспецифические и модально-специфические закономерности развития психики (В.М. Сорокин).

К общим относят закономерности, по которым развивается психика в обычных и неблагоприятных условиях, т.е. это закономерности которые в одинаковой мере присущи и нормально развивающимся детям, и детям с нарушениями развития. Знание таких закономерностей помогает разграничить логику нормального и нарушенного развития, а также осуществлять диагностику и прогноз последнего.

Еще Г. Я. Трошин выдвинул идею об общих закономерностях нормального и аномального развития, что подтвердилось в дальнейшем в работах многих исследователей (Т. А. Власова, Ж. И. Шиф, В. И. Лубовский). Эпиграф параграфа иллюстрирует данное положение.

Рассматривая в этом контексте *закон развития психики*, нужно помнить, что и при нормальном, и при нарушенном развитии формирование психики ребенка носит поступательный характер. Каждый из этапов развития завершается появлением принципиально новых качеств – новообразований, которые, в свою очередь, становятся основой для следующего этапа.

Необходимо выделить следующие закономерности развития, присущие как онтогенезу, так и дизонтогенезу:

✓ *неравномерность* – неодинаковость, непостоянство в развитии отдельных психических функций, процессов, свойств, его колебательный характер. Например, до 6-7 лет имеет место ускорение развития всех функций, в период 7-20 лет развитие идет с замедлением; в 20 лет достигается оптимум в развитии сенсорных функций; в период 20-50 лет идет ускоренное ухудшение сенсорики; после 50 лет процесс старения сенсорных функций все более замедляется; то есть то, что человек сохранил к 70 годам, практически уже не ухудшится до смерти;

✓ *гетерохронность* – разновременность, асинхронность, несовпадение во времени фаз развития отдельных органов и функций, развиваются те функции, которые имеют наибольшее значение в данный момент. Например, – у ребенка эволюционно более старые области мозга (древний мозг, средний мозг) полностью сформированы к моменту рождения, а лобная и теменная части мозга заканчивают формирование только к 2 годам. Ребенок начинает сидеть раньше, чем ходить. У ребенка раньше развивается и формируется зрительное восприятие и позже воображение. Как правило, ребенок сначала овладевает устной речью и позже письменной. Ребенок быстрее учится ориентироваться в пространстве, чем во времени. Достижение различных видов зрелости также происходит в разное время: физиологическая - 16 лет (половое созревание); личностная - 18-22 года (окончание учебы); зрелость как субъекта деятельности - 34-40 лет;

✓ *неустойчивость развития* – изменение динамики развития, проявляющееся в

кризисах развития. В качестве примера можно привести кризис одного года, кризис трех лет или кризис подросткового возраста, которые возникают как результат несоответствия в развитии интеллектуальной и мотивационно-потребностной сфер;

✓ *сензитивность развития* – наличие отдельных периодов повышенной восприимчивости развития психических функций к внешним воздействиям (обучению и воспитанию). Периоды сензитивного развития ограничены во времени. Поэтому, если упущен сензитивный период развития той или иной функции, в дальнейшем потребуются гораздо больше усилий и времени для ее становления. Сензитивным периодом в развитии речи является возраст от 1 года до 3 лет. Это не означает, что речевая функция не развивалась ни до, ни после данного возраста. Это означает, что именно в этот период ребенок должен иметь опыт речевого общения, поддержку и поощрение взрослых в его речевых попытках, желание выразить свои чувства речевым образом. Во всех культурах сензитивный период развития речи один и тот же;

✓ *кумулятивность развития* – накопление результатов развития каждой предшествующей стадии, при котором они включаются в последующую стадию, определенным образом трансформируясь. Примером может служить процесс перехода от наглядно-действенного к наглядно-образному и затем к словесно-логическому мышлению, когда каждая последующая форма мышления возникает на базе предшествующей и включает ее в себя;

✓ *дивергентность-конвергентность* хода развития – дифференциация и повышение разнообразия психических функций, с одной стороны, и их интеграция, свертывание – с другой. Дифференциация состоит в том, что они отделяются друг от друга, превращаясь в самостоятельные формы или деятельности. Так, память выделяется из восприятия и становится самостоятельной мнемической деятельностью. Интеграция обеспечивает установление взаимосвязей между отдельными сторонами психики. Так, познавательные процессы, пройдя период дифференциации, устанавливая взаимосвязи друг с другом на более высоком, качественно новом уровне. В частности, взаимосвязи памяти с речью и мышлением (появление словесно-логической памяти) обеспечивают ее интеллектуализацию.

Нарушение представляет собой одно из свойств самого процесса развития, без учета которого нельзя адекватно понять его свойства, пусть даже и негативные.

Закон системности предполагает рассматривать психику как сложное целостное образование. Отклонение в развитии тех или иных психических функций должно рассматриваться как следствие неадекватных связей и отношений поврежденной (недоразвитой) функции с другими, то есть нарушение целостности всей системы.

Системный подход в психологии предполагает:

- ✓ признание системного характера развития и поведения ребенка;
- ✓ рассмотрение обусловленности психического развития и поведения ребенка в зависимости от активности трех уровней организации: социального, психического и психофизиологического;
- ✓ установление иерархии изучаемых механизмов и функций;
- ✓ определение взаимоотношений между отдельными компонентами изучаемого явления или системы.

В. М. Сорокин подчеркивает: «Благодаря исследованиям Л. С. Выготского и А. Р. Лурии было пересмотрено само понятие «функция», представлявшееся ранее как нечто неразложимое и недифференцированное. В трактовке Л. С. Выготского функция получила статус сложной системы, включающей много компонентов, звеньев и фаз. Отсюда становится ясно, что простая констатация нарушения любого элемента

психики без предварительного изучения его свойств и указания на то, какой компонент этой структуры нарушен, по сути своей есть игнорирование системного подхода и лишение психологического анализа всякого содержания».

Закон взаимодействия биологического и социального факторов предполагает, что на развитие психики нормально развивающегося ребенка и ребенка с дизонтогенезом оказывают влияние биологические (внутренние) и социальные (внешние) факторы.

Внутренние факторы:

1. Наследственные – ребенок наследует человеческое строение нервной системы, головного мозга, органов чувств, органов движения, человеческое строение речевого аппарата, биологические потребности, тип высшей нервной деятельности, генофонд, задатки.

Наследственные структуры мозга в какой-то мере влияют на успешность формирования новых функций. Влияют, но отнюдь не предопределяют их качества, их содержательной характеристики. Больше того, возникшие в онтогенезе функции сами оказывают влияние на дальнейшее формирование мозга.

Например, строение речевых зон, зависит от ряда факторов, в том числе от наследственных. Одни легко усваивают несколько различных языков, другие даже родным языком овладевают с трудом.

2. Врожденные – они возникают в период внутриутробного развития и теснейшим образом связаны со здоровьем и условиями жизни матери.

3. Приобретенные – рассматриваются как последствия родов или перенесенных заболеваний в первые месяцы или годы жизни ребенка (инфекционные заболевания, травмы и т.д.).

Внешние факторы:

1. Обучение – это процесс организованного формирования знаний, умений, навыков.

2. Воспитание – это целенаправленное воздействие на сознание и поведение с целью формирования установок, принципов, ценностных ориентаций.

Все функции и умения ребенка отличаются гибкостью, изменчивостью, совершенством. Эти качества возникают в процессе онтогенеза под влиянием обучения. Они не появляются спонтанно, т. е. просто по мере созревания мозга. Так, например, известно, что в коре головного мозга человека имеются центры речи (центры Брока и Вернике). Однако ребенок никогда не заговорит без обучения вследствие простого созревания этих центров мозга. Известно, что дети, случайно воспитываемые животными и найденные потом людьми, не только не обладали речью, но были вообще психически неразвитыми.

Никакое созревание этих речевых зон не предопределяет языка, на котором говорит человек. Человек наследует структуры, на основе которых формируются изменчивые и сложные функции. При этом возникновение разных психических свойств определяется образом жизни ребенка в онтогенезе, его воспитанием. Например, в истории известен случай искусственной полной задержки психического развития детей.

Около 350 лет назад индийский падишах Акбар поспорил с придворными мудрецами, утверждавшими, что дети должны заговорить на языке родителей, даже если их этому не обучать. Были собраны новорожденные дети разных национальностей, помещены в комнаты, до них не доходили звуки человеческого голоса, уход за ними осуществляли немые слуги. Ни один из детей не заговорил к

семилетнему возрасту – все они издавали лишь бессвязные вопли и крики и были умственно отсталыми.

Этот пример как нельзя лучше иллюстрирует еще один закон – *закон ведущей роли обучения в психическом развитии*.

По теории Л. С. Выготского, высшие психические функции, т. е. высшие формы памяти, мышления, характера, – продукт культурного развития (социальный фактор), а не биологического созревания. Это культурное развитие возможно, но оно лишь ограничено ядерными признаками умственной отсталости: плохой восприимчивостью ребенка ко всему новому и его недостаточной активностью.

С позиций концепции Л. С. Выготского, возникновение вторичных отклонений связано с тем, что любое первичное нарушение препятствует процессу усвоения человеческого опыта социализации, вращанию ребенка в культуру общества, т.к. все социальные институты, так или иначе рассчитаны на нормальную, стандартную психофизиологию. Нарушенное развитие психики не является прямым следствием какого-то органического (биологического) дефекта (дефекта ткани). Нарушенное развитие психики является следствием того, что в обычных условиях дети с органическим поражением не могут овладевать общественно-историческим опытом теми же средствами, путями, что и нормальные, так как у них нет этих средств. Именно это дает основание Л. С. Выготскому рассматривать данные расстройства как «социальный вывих», как феномен выпадения ребенка из культуры, что является подлинной причиной отклонений от нормального хода развития. Однако если такого ребенка обеспечить особыми специальными условиями, в которых бы он получил возможность овладевать общественно-историческим опытом с помощью других, имеющих у него средств (которыми в норме мало пользуются), то такой ребенок с органическим дефектом мог бы развиваться по тем же законам, по каким развивается обычный ребенок.

Трудности в усвоении общечеловеческого опыта могут в известной мере преодолеваются за счет создания «обходных путей», установления новых связей с социальным миром при опоре на сохранные возможности ребенка.

Обосновывая положения об общности законов нормального и аномального развития, Л. С. Выготский подчеркивал, что общим для них является социальная обусловленность психического развития: социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций как в норме, так и при нарушенном развитии.

Перечисленные выше общие законы (развития, системности, взаимодействия биологического и социального факторов, наличия сензитивных периодов в развитии психических функций, последовательности развития всех психических процессов, ведущей роли обучения в психическом развитии и т.д.) характерны и для нормального, и для нарушенного развития. Кроме общих закономерностей при дизонтогенезе мы обнаруживаем и специфические, которые отсутствуют при нормальном развитии.

2. Модально-неспецифические закономерности развития психики детей с ОПФР

Модально-неспецифические закономерности - общие для всех детей с дизонтогенезом, независимо от характера основного нарушения (свойственны и детям с интеллектуальной недостаточностью, и с сенсорными нарушениями, и с нарушениями эмоционально-волевой сферы и т.д.). Собственно специальная психология, как наука, изучает именно этот вариант закономерностей. Они были систематизированы и обобщены в трудах Т. А. Власовой и В. И. Лубовского:

- *Возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития ребенка с дизонтогенезом.*

Особое значение в специальной психологии придается соотношению ядерных и системных расстройств. Это соотношение часто называют структурой нарушенного развития. Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л. С. Выготскому.

Например, при умственной отсталости первичным (ядерным) дефектом является слабо выраженная психическая активность (инактивность). Вторичным (системным) дефектом является недоразвитие психических функций в качестве высших.

- *Более медленный темп развития, несовпадение с сензитивными периодами.*

Закономерность проявляется в замедленной динамике развития по сравнению с нормотипичными детьми. Например, при задержке психического развития наблюдается отставание в формировании сюжетно-ролевой игры, словесно-логического мышления, опосредованного запоминания, речи; у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью ведущей является предметная деятельность, тогда как в норме уже игровая и т.д.

- *Нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации.*

В. И. Лубовский, Л. И. Переслени, Ж. И. Шиф отмечали уменьшение скорости и объема воспринимаемой информации, нарушение хранения информации и специфику использования при интеллектуальной недостаточности. Закономерность проявляется в ограниченных по сравнению с нормой возможностях познавательных функций (в повышении порогов ощущений; нарушениях константности восприятия; пространственной ориентировки и др.). Например, у умственно отсталых выявлены нарушения зрительного восприятия, проявляющиеся в замедленности, сужении объема, недифференцированности, снижении цветовой чувствительности и т.д.; у глухих детей отмечается замедленность восприятия зрительных сигналов; у детей с ДЦП – «дырчатое» восприятие и т.д.

В зависимости от специфики нарушения искажаются разные параметры окружающей действительности. Например, при сенсорной патологии возникают проблемы с сенсорной информацией, при аутизме – с социальной информацией и т.д.

- *Нарушение словесного опосредствования (недостаточность представленности знаков в структуре сознания).*

Проявляется в недостаточности и специфических особенностях словесного опосредствования. Эта закономерность отражает нарушения в работе сознания, развитие которого предполагает овладение знаково-символическими средствами, что проявляется в недоразвитии осмысленности восприятия, мыслительной операции обобщения, произвольной и волевой регуляции деятельности, словесно-логического мышления и т. д. Например, при умственной отсталости особенностями обладает развитие словесно-логического мышления (дети понимают содержание текстов приблизительно, не улавливают контексты и подтексты, с трудом осмысливают последовательность событий, причинно-следственные, временные, условные и другие связи).

Уменьшается роль речевых характеристик в умственном развитии – у всех детей с дизонтогенезом в той или иной мере нарушены функции психики, как высшие психические функции. Например, у слабовидящих детей непосредственный анализ зрительных сигналов может страдать меньше, чем словесный отчет о нем.

Изменения способов коммуникации проявляются в том, что у детей с интеллектуальной недостаточностью нарушается речевое общение, возрастает роль невербальных средств коммуникации. Например, для всех детей с ОПФР в дошкольном возрасте свойственна игра с ограниченным речевым сопровождением или без него.

Во многих исследованиях отмечается также несогласованность в образной и вербальной сферах психики. Слова и образы как будто независимы, не соотнесены друг с другом, слово часто не вызывает образ, а за образом нет соответствующего слова.

- *Снижение общей психической активности в познании предметного и социального мира.*

Трудности при приеме и переработке информации, трудности словесного опосредствования, особенно вербализации, искажение запоминаемого материала ведут к нарушениям в развитии мышления, в частности к замедленному формированию процессов обобщения и отвлечения, трудностям символизации. В свою очередь, все эти особенности формирования познавательной и речевой деятельности ведут к нарушениям познания окружающего мира, запас знаний и представлений о котором у детей с нарушениями развития всегда недостаточен.

Ребенок с отклонениями в развитии проявляет слабую активность и заинтересованность в исследовании окружающего мира, это может быть связано с нарушениями нейродинамики (например, при умственной отсталости), с дефицитом получаемой информации, ее фрагментарностью (например, при ДЦП, сенсорных нарушениях).

- *Высокая степень зависимости каждой из психических функций от уровня развития остальных.*

Данная закономерность связана с трудностями формирования системных связей и взаимодействия отдельных психических функций. В результате возникает проблема опосредования деятельности отдельных функций друг другом. Например, несформированность взаимодействия различных видов восприятия (зрительного и осязательного, что приводит к нарушению восприятия пространства), нарушение опосредствования поведения и эмоциональной сферы речью (трудности произвольной регуляции) при задержке психического развития и умственной отсталости. У детей с ДЦП недоразвитие моторики приводит к специфике формирования мышления: наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления.

- *Иной, чем у нормальных детей, качественный состав ведущих функций интеллекта.*

Например, у нормально развивающихся детей ведущей функцией интеллекта является мышление, а у детей с интеллектуальной недостаточностью – память. За жалобой на память у таких детей всегда стоят нарушения мышления.

- *Изменения в развитии личности ребенка.*

Трудности социальной адаптации, нарушения взаимодействия с социальной средой отмечали еще Л. С. Выготский, Ж. И. Шиф. Особенности личности человека с ОПФР являются пониженный фон настроения, астенические черты, нередко ипохондричность, тенденция к ограничению социальных контактов, низкая самооценка, тревожность, легкость возникновения страха. Такие нарушения особенно вероятны при неправильном семейном воспитании и при неправильно организованном обучении.

Последнее время к модально-неспецифическим закономерностям относят следующие [5, 7, 8]:

- *Ретардация.*

Характеризуется незавершенностью формирования психических функций в конкретном периоде. Например, при общем недоразвитии речи ретардация выражается в длительном сохранении автономной речи (уровня, характерного для второго-третьего года жизни и затем сменяющегося нормативной речью). При этом развитие речи ребенка происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи за счет накопления словаря автономных слов, т.е. фиксируется один из низших этапов развития речи.

- *Диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития.*

Спонтанная сторона страдает больше вследствие снижения уровня познавательной активности и затруднений самонаучения путем подражания. Исходные недостатки в сфере спонтанного развития на ранних этапах онтогенеза тормозят темпы формирования направленного развития. Тем не менее, оно остается более сохранным, что позволяет опираться на него в процессе коррекционной работы. Например, ребенок с интеллектуальной недостаточностью самостоятельно, вследствие инактивности психики, вообще не усваивает накопленный культурно-исторический опыт, ему нужен взрослый, который научит ребенка, т.е. спонтанная сторона развития психики сильно страдает, направленная сторона развития преобладает.

- *Большие чем в норме психофизиологические усилия для достижения результата.*

В условиях нарушенного развития ребенок часто может достигнуть того же уровня результативности, что и нормально развивающийся сверстник, но усилия, которые он затрачивает, значительно выше, чем при нормальном развитии. Результат оправдывает вложенные в его получение ресурсы, но значительно увеличивается нагрузка на нервную систему ребенка. Не случайно, многие авторы говорят о высокой частоте проявлений неврологической симптоматики, склонность к дезадаптации, снижение фрустрационной толерантности у детей с ОПФР.

- *Недоразвитие всех или некоторых форм предметной деятельности.*

Может носить тотальный характер или затрагивать лишь некоторые компоненты. Например, у детей с интеллектуальной недостаточностью эти нарушения носят тотальный характер, затрагивают все структурные компоненты, выражаются в незрелости мотивационной сферы, процессов целеполагания, недостатков контроля, несовершенства операций и т.д. У детей с ЗПР больше страдает мотивационно-целевой компонент деятельности, при относительно сохранном операционально-техническом.

- *Более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности.*

Это напрямую связано с недоразвитием второй сигнальной системы (речи) и замедленным установлением условных связей.

- *Несоответствие речи возрастным нормам развития.*

В большей или меньшей степени речевая недостаточность, искаженность речи, задержка сроков ее формирования присутствуют при всех видах нарушений. Например, теряется коммуникативная функция при аутизме, страдает фонетическая сторона при речевых нарушениях и т.д.

- *Недоразвитие моторики.*

У детей с дизонтогенезом недоразвитие приводит к замедлению темпов формирования двигательных навыков, автоматизация которых требует много времени и усилий. Уже сформировавшиеся навыки характеризуются непрочностью и тенденцией к быстрому распаду. Недостатки в моторной сфере часто проявляются в форме двигательных стереотипий. Например, у умственно отсталых нарушается как крупная, так и мелкая моторика, для детей с ЗПР характерен моторный инфантилизм.

- *Деформация социальной ситуации развития.*

Неблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое к нему отношение со стороны родителей и других окружающих лиц. Не всегда зная возможности своего ребенка и делая акцент на слабых сторонах, родители ограничивают сферы деятельности и общения. Нередки и другие варианты, например, эмоциональное отвержение. Недблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое отношение к нему со стороны родителей и других окружающих (например, явления гипоопеки или гиперопеки). Все это приводит к риску возникновения социально-психологической дезадаптированности.

Однако наряду с особенностями развития, создающими трудности адаптации и обучения детей с нарушениями в развитии, существуют и закономерности положительного характера. Одна из них была отмечена Л. С. Выготским, как *наличие потенциальных возможностей формирования психики у детей с нарушениями развития в виде зоны ближайшего развития за счет направленного воздействия на формирование высших психических функций*. Возможности компенсации, реализующиеся при благоприятных условиях коррекционного воздействия, сглаживают и, в известной мере, устраняют неравномерность психического развития у детей.

2. Модально-специфические закономерности развития психики детей с ОПФР

К модально-специфическим относят закономерности, свойственные какой-то одной группе детей с отклонениями в развитии. Это обусловленные конкретным дефектом, сложные специфические особенности, отличающие одну категорию детей от другой (только умственно отсталые, только неслышащие, только ДЦП и т.д.). Именно наличие этих специфических закономерностей позволяет нам разграничивать категории детей между собой, т.е. специфические закономерности выступают как дифференциально-диагностические критерии.

Модально-специфические закономерности нарушенного развития изучают конкретные отрасли специальной психологии (модально-специфические закономерности умственно отсталых – олигофренопсихология, незрячих – тифлопсихология и т.д.), поэтому мы ограничимся некоторыми примерами.

Например, закономерности при интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости) следующие: слабость психической активности или активности психического отражения (Л. С. Выготский); рассогласованность практической и интеллектуальной деятельности (В. Г. Петрова); возможность образования у умственно отсталых детей условных связей без вербализации, т.е. со значительно меньшим, чем в норме, участием словесной системы (В. И. Лубовский).

У детей с ЗПР часто выделяют в качестве специфической закономерности низкий уровень познавательной активности при относительно высоких потенциальных возможностях обобщения и отвлечения, проявляющихся при сотрудничестве со взрослым. Запаздывание в проявлении неологизмов в речи детей с ЗПР характеризуют

эту категорию детей в отличие от нормально развивающихся, с одной стороны, и, с другой – от умственно отсталых, у которых проявление словотворчества не обнаруживается не только в дошкольном, но и в младшем школьном возрасте.

У неслышащих детей развитие различных компонентов психики очень своеобразно: соотношение наглядно-образного и словесно-логического мышления несоразмерно, письменная речь приобретает большее значение в сравнении с устной и др.

В. И. Лубовский указывает, что специфических закономерностей установлено гораздо меньше, чем общих. Этот факт объясняет те трудности, которые возникают при дифференциальной диагностике нарушений развития у детей.

Литература

1. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Издательство «Лань», 2003. – 656 с.
2. Лубовский, В. И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология. – 1971. – №6. – С.15–19.
3. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / под научн. ред. Л. М. Шипицыной / В. М. Сорокин. – СПб. : «Речь», 2003. – 216 с.
4. Специальная психология : учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш. шк., 2012. – 512 с.
5. Усанова, О. Н. Специальная психология / О. Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2006. – 400 с.
6. Шаповал, И. А. Специальная психология: учебное пособие / И. А. Шаповал. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 224 с.

Лекция 6

Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально-психологическая реабилитация и абилитация

Вопросы:

1. Компенсация как категория специальной психологии.
2. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы.
3. Коррекция, реабилитация, абилитация как категории специальной психологии.

1. Компенсация как категория специальной психологии.

Компенсация – возмещение, выравнивание, развитие нарушенных или недоразвитых функций, перестройка сохранных функций для замещения нарушенных; приобретение в обучении и воспитании способов деятельности и поведения, способствующих социальной адаптации и интеграции.

Выделяют два типа компенсации:

- внутрисистемная, когда один элемент утратил свою функцию, остальные элементы берут на себя утраченную функцию; осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур (например, на биологическом уровне – восстановление речи при афазии);
- межсистемная, когда нарушается деятельность целой системы, а другие системы берут на себя ее функции; связана с перестройкой функциональной системы и включением в работу новых нервных элементов из других нервных структур.

Компенсаторные процессы протекают под постоянным контролем и при участии высшей нервной деятельности; это сугубо внутренние процессы. Они проходят несколько этапов (фаз).

Первая фаза – обнаружение того или иного нарушения в работе организма. Сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством, и с его последствиями, с различными отклонениями в поведении и деятельности. Вторая фаза – оценка параметров нарушения, его локализации и глубины. Третья фаза – формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида. Включение этой программы с необходимостью требует отслеживания процесса ее реализации. В этом и состоит содержание четвертой фазы. Пятая фаза – завершающая, связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов.

Компенсаторные процессы, разворачиваясь во времени, осуществляются на разных уровнях своей организации. Обычно выделяют четыре таких уровня.

Первый – биологический или телесный уровень. Компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно.

Второй – психологический уровень существенно расширяет возможности компенсаторных механизмов, преодолевая ограничения первого. Психологический уровень – это чисто человеческий способ восстановления нарушенных функций с привлечением работы сознания. Не случайно одно и то же нарушение у животных и у человека приводит к различным последствиям. Так, глухота у животного в условиях дикой природы не совместима с жизнью. Человек при всех трудностях, возникающих в условиях глухоты, способен продолжать полноценную жизнедеятельность.

Данный уровень включает в себя работу защитных механизмов, т.е. неосознаваемых процессов, обеспечивающих снижение тревоги и внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях.

Третий уровень – социально-психологический, связанный с общественным характером бытия. Хорошо известно, что процесс восстановления тех или иных нарушений во многом зависит от характера внешней помощи, в частности, от позиции окружающих по отношению к инвалиду.

Высший уровень организации компенсаторных процессов – социальный. Содержание этого уровня, прежде всего, связано с макросоциальными масштабами существования человека. Его реализация связана с отношением в целом общества к инвалидам. Эти отношения во многом определяются национальными и религиозными традициями общества, способствуя или препятствуя социальной адаптации лиц с ограничениями.

Сказанное не должно создавать впечатление, что компенсаторные процессы существуют изолированно от всех процессов жизнедеятельности инвалида. Отдельное рассмотрение феноменов компенсации – это продукт абстрагирования. В действительности, они лишь одна из сторон его целостной жизнедеятельности и развития. Если повреждение того или иного органа или функции оказывается совместимо с жизнью, то это означает, что в данном случае сработали компенсаторные механизмы. В подобной ситуации жизнедеятельность продолжается в новых неблагоприятных условиях одновременно с процессом восстановления (компенсации), ибо раздельно они не могут существовать. По образному выражению А. Р. Лурия, «человек не может «закрыться» на ремонт».

2. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы.

С понятием компенсации тесно связан другой термин – *декомпенсация*, под которым понимается утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий. По степени легкости возникновения и устойчивости декомпенсаторные состояния весьма вариабельны и во многом зависят от силы и прочности восстановительного эффекта.

В специальной психологии часто используется еще одно близкое по содержанию понятие – *псевдокомпенсация*. Оно фиксирует устойчивые тенденции личности неадекватно использовать защитные механизмы и копинг-стратегии, не позволяющие человеку найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации.

Особым образом в специальной психологии сложилась судьба понятия «*гиперкомпенсация*». Дать однозначное определение этого термина весьма сложно, ибо он трактуется крайне противоречиво. Иногда его используют как синоним псевдокомпенсации в смысле неадекватности выбора средств восстановления.

Исходный смысл это понятия, введенного в профессиональный психологический словарь А. Адлером, несколько иной. Сам А. Адлер дает ему разные дефиниции, общий смысл которых сводится к тем немногочисленным случаям, когда лица с серьезными недостатками в физическом и психическом развитии оказывались способными достичь высоких результатов в самых разных областях человеческой деятельности, не доступных большинству нормальных людей. В своих работах А. Адлер приводит много примеров гиперкомпенсации, указывая на то, что механизм ее реализации связан с естественным для человека чувством малоценности, с одной стороны, и выраженным мотивом к превосходству — с другой. Стремление к

превосходству понимается А. Адлером позитивно, как тенденция к развитию, к самосовершенствованию.

Чувство малоценности особенно остро переживается в детстве, что и составляет основной двигатель психического развития ребенка, так как расхождение между тем, что есть, и тем, чего бы хотелось, создает сложное динамическое напряжение. Еще более драматично выглядят переживания своей несостоятельности детьми с тяжелыми физическими или психическими отклонениями. В этом случае возникает «комплекс неполноценности», наличие которого в зависимости от целого ряда обстоятельств может как блокировать развитие, создавая почву для невроза, так и включать механизмы гиперкомпенсации. Сам Адлер неоднократно подчеркивал, что случаи гиперкомпенсации не столь многочисленны. Но, будучи даже единичными, они ценны для науки, ибо с необыкновенной яркостью демонстрируют скрытые возможности человеческой природы, способности личности противостоять самым неблагоприятным условиям своего существования, развиваться вопреки им.

Говоря о компенсаторных процессах, следует отметить, что их часто путают с адаптационными феноменами. И действительно, в обоих явлениях присутствует эффект приспособления, что роднит их между собой. Адаптация и компенсация не изолированы, они уравнивают друг друга. Примерами других биполярных функций могут служить: напряжение – расслабление, сгибание – разгибание, вдыхание – выдыхание, возбуждение – торможение, питание – выделение и т. п.

Адаптация срабатывает, когда нарушается равновесие между индивидом и средой в результате изменений в последней. Восстановление баланса в подобной ситуации возможно лишь при условии, что определенные перемены произойдут в самом индивиде: ему следует отказаться от своего прежнего исходного состояния. Следовательно, адаптация – составная часть приспособительных реакций системы на изменение среды существования, выражающихся в том, что система, реагируя на изменения существенных для нее параметров и дефектов среды, перестраивает, изменяет свои структурные связи для сохранения функций, обеспечивающих ее существование как целого в изменившейся среде. *Компенсаторные процессы* срабатывают также в ситуации нарушенного равновесия, но по причине изменений, произошедших не в среде, а в самом индивиде. В этом случае восстановление баланса возможно при условии частичного или полного возвращения индивида к исходному состоянию.

Таким образом, адаптационные и компенсаторные процессы действуют в разных направлениях в ситуации нарушенного равновесия в зависимости от причины этих нарушений – средовых или внутрисемейных.

Будучи едиными и разнонаправленными, адаптация и компенсация развиваются в онтогенезе неравномерно. Становление адаптационных процессов явно обгоняет формирование компенсаторных, ибо процесс развития по своей внутренней сущности весьма близок к адаптации. Возрастное развитие – это формирование новообразований, то есть постоянный уход от своего прежнего состояния. Далее, по мере взросления развитие компенсаторных способностей усиливается и догоняет адаптационные, приблизительно уравниваясь с ним. По мере старения первыми начинают ослабевать адаптационные механизмы, а позже компенсаторные.

3. *Коррекция, реабилитация, абилитация как категории специальной психологии.*

Коррекция – система психолого-педагогических мер, направленных на исправление, ослабление или сглаживание недостатков психофизического развития ребенка.

Если компенсация – это внутренняя активность человека, она происходит внутри организма, никто другой не влияет на данный процесс, то коррекция – это внешняя активность, нужен специалист, который будет осуществлять коррекционную деятельность, исправлять имеющееся нарушение (например, логопед исправляет речевые нарушения).

Безусловно, внешнее коррекционное воздействие должно на что-то опираться, как например, реабилитация опирается на компенсаторные процессы. Для коррекционных мероприятий в качестве базы выступают механизмы сенсibilизации – закономерной способности функций к повышению своей эффективности под влияние тренировок. Коррекция, в отличие от компенсации, показана в случае, нарушения функции, но не ее выпадения. Корригировать зрение, когда оно отсутствует, бессмысленно. Тем не менее, как указывает В.М.Сорокин, указанные различия имеют не абсолютный, а относительный характер, т.к. коррекция и компенсация могут дополнять друг друга. Даже при незначительном снижении зрения на один глаз, функцию ведущего автоматически берет на себя сохранный, восполняя недостатки больного. Это компенсаторный акт. С другой стороны, в ситуации выраженного нарушения функций необходимо проведение коррекционных мероприятий. Например, хорошо известно значение развитие остаточного слуха у глухих для повышения их адаптированности.

В современной специальной психологии достаточно широко употребляется термин реабилитация. *Реабилитация* – система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных, инвалидов, лиц, перенесших заболевание.

Реабилитация процесс внешний. Ключевым является то, что реабилитация – это система мероприятий. Подчеркивая особо данное положение, мы отделяем ее от компенсации, процесса сугубо внутреннего с одной стороны, с другой – говорим о том, что одно воздействие не может быть реабилитацией.

Будучи внешними по отношению к индивиду, реабилитационные мероприятия опираются на компенсаторные внутренние процессы. Можно сказать, что реабилитация есть попытка воздействия на компенсаторные способности человека. При этом разные виды реабилитации опираются на разные уровни компенсаторных процессов. Так медицинская реабилитация обращена к биологическому уровню организации компенсаторных процессов (ведущими являются лекарства, лечебная физкультура и т.д.); психологическая реабилитация обращена к психологическому уровню компенсаторных процессов (ведущим будут психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия, направленные на сознание человека) и т.д.

Ситуация абилитации характеризуется тем, что факта и момента утраты функции не было – человек изначально от рождения или с раннего детства обладал тем или иным нарушением. Речь не может идти о восстановлении, так как восстанавливать можно только то, что утрачено. Если при реабилитации ключевым словом выступает – восстановление, то при абилитации – формирование. Например, если человек, после перелома ноги хромот, необходима реабилитация,

восстановление нормальных функций (таких, как были до перелома ноги), а умственно отсталому малышу нужна абилитация, формирование всех функций, так как самостоятельно они у него не появятся. Поэтому абилитационные мероприятия нужно понимать как систему раннего вмешательства в процессе развития ребенка с целью достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений. Таким образом, *абилитация* (предоставление прав) – это система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах.

Литература

1. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2001. – 507 с.
2. Сорокин, В. М. Специальная психология: учеб.пособие / под научн. ред. Л. М. Шипицыной / В. М.Сорокин. – СПб. : «Речь», 2003. – 216 с.
3. Шаповал, И. А. Специальная психология: учебное пособие / И. А. Шаповал. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 224 с.

Лекция 7

Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие

Вопросы:

1. Понятие «умственная отсталость». Степени олигофрении, их психологическая характеристика.
2. Клинико-патогенетическая классификация Г.Е.Сухаревой.
3. Классификация М.С.Певзнер.
4. Органическая деменция. Систематика. Классификация Г.Е.Сухаревой.
5. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при нарушениях интеллекта. Особенности социализации и социальной адаптации при нарушениях интеллекта.

1. Понятие «умственная отсталость». Степени олигофрении, их психологическая характеристика.

К нарушениям интеллекта традиционно относят олигофрению, деменцию, задержку психического развития. Понятие «умственная отсталость» является собирательным, к нему принадлежит как олигофрения, так и деменция.

Олигофрения – это стойкое недоразвитие познавательной деятельности, всей личности в целом, вследствие диффузного органического поражения коры головного мозга.

Принято выделять глубокую, тяжелую, умеренную, легкую интеллектуальную недостаточность (умственную отсталость). Это соотносится со степенями умственной отсталости:

Идиотия (глубокая интеллектуальная недостаточность) представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении, при которой имеется грубое недоразвитие всех функций. Мышление, по существу, отсутствует. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких слов, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии и т.д. Все новое часто вызывает страх. Однако при легких степенях идиотии обнаруживаются определенные зачатки симпатических чувств.

При идиотии отсутствуют навыки самообслуживания, поведение ограничивается импульсивными реакциями на внешний раздражитель либо подчинено реализации инстинктивных потребностей.

Имбецильность (умеренная и тяжелая интеллектуальная недостаточность) характеризуется меньшей выраженностью степени слабоумия. Имеются ограниченная способность к накоплению некоторого запаса сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций. Нередко доступны понимание и произнесение элементарных фраз, есть простейшие навыки самообслуживания. В эмоциональной сфере помимо симпатических эмоций обнаруживаются зачатки самооценки, переживание обиды, насмешек. При имбецильности возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета, в более легких случаях – овладение элементарными навыками физического труда.

Дебильность (легкая интеллектуальная недостаточность) – наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Мышление имеет

наглядно-образный характер, доступны определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеется фразовая речь, иногда неплохая механическая память.

Дети, страдающие олигофренией в степени дебильности, обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям программам специальных вспомогательных школ. В пределах этой программы они овладевают навыками чтения, письма, счета, рядом знаний об окружающем, получают усиленную профессиональную ориентацию.

2. Клинико-патогенетическая классификация Г.Е.Сухаревой.

Клинико-патогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой (1965) выделяет следующие формы олигофрении: *неосложненные, осложненные и атипичные*.

При *неосложненной форме олигофрении*, чаще связанной с генетической патологией, в клинико-психологической картине дефекта имеются лишь вышеописанные черты недоразвития в интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, эмоциональной, неврологической и даже соматической сферах. При легких степенях неосложненной олигофрении деятельность ребенка зависит от его интеллектуальных возможностей и в пределах этих возможностей грубо не нарушена. Эти дети старательны, усидчивы, доброжелательны.

Помимо неосложненной формы Г. Е. Сухарева выделяет *осложненную форму олигофрении*, при которой психическое недоразвитие осложнено болезненными (так называемыми энцефалопатическими) симптомами повреждения нервной системы: церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным, эпилептиформными, апатико-адинамическими. Осложненные формы чаще имеют натальную (родовые травма и асфиксия) и постнатальную (инфекции первых 2 – 3 лет жизни) этиологию. В этих случаях более позднее время поражения мозга является причиной не только недоразвития, но и повреждения систем, находящихся в состоянии определенной зрелости. Это проявляется в энцефалопатических расстройствах, отрицательно влияющих на интеллектуальное развитие.

Так, при церебрастеническом синдроме нарушения работоспособности больного олигофренией резко усугубляются за счет повышенной утомляемости и психической истощаемости. Ребенок не может приобрести того запаса знаний, который является потенциально доступным для возможностей его мышления.

Неврозоподобные синдромы (ранимость, боязливость, склонность к страхам, заиканию, тикам) могут резко тормозить активность, инициативу, самостоятельность, общение с окружающими, усугубляют неуверенность в деятельности.

Психопатоподобные расстройства (аффективная возбудимость, расторможенность влечений) грубо дезорганизуют работоспособность, деятельность и поведение в целом. Особенно большое значение для нарушения поведения при олигофрении эти психопатоподобные проявления приобретают в подростковом возрасте, нередко вызывая тяжелые явления школьной и социальной дезадаптации.

Эпилептиформные расстройства (судорожные припадки, так называемые эпилептические эквиваленты), если они наблюдаются часто, не только способствуют ухудшению психического состояния и интеллектуальной работоспособности ребенка, но и являются формальным противопоказанием для его обучения в школе. Показанное в этих случаях обучение на дому не компенсирует полностью потерь, связанных с невозможностью полноценного общения со сверстниками.

И наконец, апатико-адинамические расстройства, внося в психическое состояние медлительность, вялость, слабость побуждения к деятельности, наиболее грубо усугубляют умственное недоразвитие.

Атипичные формы олигофрении, по Г.Е.Сухаревой, отличаются тем, что при них эти основные закономерности могут частично нарушаться. Так, например, при олигофрении, обусловленной *гидроцефалией*, частично нарушается фактор тотальности поражения, так как в этом случае отмечается хорошая механическая память. Так, при олигофрении, обусловленной ранним травматическим поражением мозга, нарушения памяти будут выражены значительно больше, чем недостаточность других высших психических функций. При лобной же олигофрении на первый план выступает нарушение целенаправленности, превалирующей по своей массивности над недостаточностью процессов отвлечения и обобщения.

3. Классификация М.С.Певзнер.

Сходное деление на осложненные и неосложненные формы олигофрении имеется в классификациях М. С. Певзнер (1959). Она выделила *пять основных форм олигофрении*:

- 1) неосложненную;
- 2) с преобладанием процессов возбуждения или торможения;
- 3) со снижением функций анализаторов или с речевыми отклонениями;
- 4) с психопатоподобным поведением;
- 5) с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга.

Из этих пяти форм первые две являются наиболее распространенными.

Неосложненная форма олигофрении характеризуется уравновешенностью нервных процессов. Эмоционально-волевая сфера при этой форме относительно сохранна. Отклонения в плане познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями отдельных анализаторов. Ребенок способен к целенаправленной деятельности в тех случаях, когда предложенное задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение адекватно он послушен и доброжелателен по отношению к окружающим. Родители часто не замечают отставания ребенка в плане движений, речи, памяти, мышления и считают его благополучным.

Такие дети обычно оказываются неподготовленными к общеобразовательной школе. Очень быстро они становятся стабильно неуспевающими учениками. Перевод такого ребенка в специальную школу или в специальный класс дает ему возможность не чувствовать себя несостоятельным в учебе. Он успешно овладевает программой, с удовольствием работает в мастерской. Прогноз его развития и социальной адаптации благополучен.

При олигофрении, характеризующейся *неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности*, присущие ребенку отклонения отчетливо проявляются в изменениях поведения и деятельности. Возбудимые олигофрены часто беспокойны, импульсивны, расторможены, двигательно беспокойны, чрезвычайно отвлекаемы, непослушны, конфликтны. Они не обращают внимания на замечания взрослых.

В классе возбудимые дети работают неровно, чрезмерно торопливо. С видимым удовольствием посещают мастерские, но делают все непродуманно, небрежно. У них часто бывают срывы в поведении, приводящие к неприятным последствиям. Этим ученикам особенно необходима спокойная обстановка и смена видов деятельности. В процессе коррекционно-направленного обучения и воспитания, осуществляемого с

учетом индивидуальных особенностей учащихся, возбудимые олигофрены становятся более уравновешенными и трудоспособными. Они социально адаптируются, однако временами конфликтуют с членами коллектива по мелким, незначительным поводам и могут проявлять недисциплинированность.

Заторможенные олигофрены отличаются вялостью, замедленностью, инертностью, которые обнаруживаются в их моторике, поведении, сниженной работоспособности. Они продвигаются медленно. Им нужно много времени, чтобы организовать свою деятельность. Они не успевают за своими товарищами по классу. Торопить их бесполезно, так как у них свой темп работы. В мастерской они трудятся старательно, с определенной тщательностью, но замедленно. Прогноз на будущее у таких учеников неплохой. Они вполне приемлемы для окружающих, неконфликтны, старательны. Однако от них нельзя требовать большой продуктивности.

У олигофренов с нарушениями функций анализаторов или специфическими речевыми отклонениями диффузное поражение коры сочетается с более глубокими локальными повреждениями мозговой системы. Такие дети помимо основного дефекта – умственной отсталости – имеют дефекты слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата. Они учатся обычно в специальных классах, организуемых в школах для детей со снижением слуха, зрения, для детей с детским церебральным параличом или с нарушениями речи. Их жизненные перспективы ограничены, поскольку наличие двойного, а тем более стройкого дефекта резко затрудняет их продвижение и снижает возможности социально-трудовой адаптации.

При олигофрении с психопатоподобным поведением у ребенка резко нарушена эмоционально-волевая сфера, проявляются характерное недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений, склонность к неоправданным аффектам. Среди таких детей встречаются «бегунки», т.е. ученики, которые без видимых причин убегают из школы или школы-интерната, садятся в проходящий транспорт и едут, сами не зная, куда едут и зачем. Коррекционная работа, проводимая с этими детьми, предусматривает в первую очередь формирование эмоций и воли, выработку поведения, приемлемого для окружающих.

При олигофрении с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга отклонения в познавательной деятельности ребенка сочетаются с изменениями личности по лобному типу и сопровождаются резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь бессодержательна, многословна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленной деятельности, активности. Они слабо учитывают ситуацию. Эти школьники не любят труд, стремятся избежать выполнения простых бытовых обязанностей, а тем более работы в мастерских. Их развитие осуществляется замедленно. Однако они, несомненно, продвигаются и к концу школьного обучения становятся способными к элементарным видам труда. Количество таких детей невелико, но оно имеет тенденцию к увеличению.

4. Органическая деменция. Систематика. Классификация Г.Е.Сухаревой.

Деменция – приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

Различают *резидуальную* деменцию, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией, и *прогрессирующую* деменцию, обусловленную так называемыми текущими

органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга и т.д.).

Деменция возникает или начинает грубо прогрессировать после 2–3 лет. К этому возрасту значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие. Задержка же психического развития церебрально-органического генеза от органической деменции отличается значительно меньшей массивностью поражения нервной системы.

В отличие от *олигофрении*, представляющей собой *недоразвитие психики*, *деменция* – это *распад* психических функций, происходящий в результате поражений мозга. При органической деменции, в отличие от олигофрении, часто имеются указания на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга, хронологическая связь начавшегося психического снижения с перенесенной вредностью. Большое дифференциально-диагностическое значение имеют данные неврологического и соматического обследования. В неврологическом статусе детей с органической деменцией чаще, чем при олигофрении, будут наблюдаться явления повреждения, локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки). В физическом же облике, наоборот, будут отсутствовать диспластические признаки телосложения, характерные для олигофрении.

Г.Е.Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей. Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям. При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. При четвертом типе – в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением». Наиболее частыми типами являются два последних.

«Полевое» поведение отличается хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризуется выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствуют. Отмечается грубая нескритичность. Нередко выступает расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Из-за отсутствия волевых задержек, недостаточного понимания ситуаций, большой эмоциональной заражаемости в условиях конфликта эти дети часто не принимаются в коллективе сверстников. Обучению в условиях вспомогательной школы помимо особенностей поведения препятствуют и грубые нарушения внимания, нецеленаправленность в любой деятельности, персеверации по гипердинамическому типу.

5. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при нарушениях интеллекта. Особенности социализации и социальной адаптации при нарушениях интеллекта.

Нарушения интеллекта имеют специфические черты в зависимости от тяжести и локализации повреждения мозга, осложненных и неосложненных форм, особенностей социальных условий воспитания и обучения, однако вместе с тем можно выделить их *общие черты*:

- 1) *внимание* - все характеристики внимания (избирательность, устойчивость, концентрация, переключаемость, распределение) у детей с ЗПР и олигофренией снижены по сравнению с нормой. Гиперактивным детям наиболее свойственна отвлекаемость, астеничным – быстрая истощаемость. Это приводит к быстрой потере интереса к объекту внимания;
- 2) *в сенсорно-перцептивной сфере* – незрелость различных систем анализаторов (особенно слуховой и зрительной), неполноценность зрительно-пространственной, вербально-пространственной ориентированности; восприятие нарушено на всех уровнях перцептивных действий. Страдает обнаружение (ориентировочно-исследовательский рефлекс или поисковая активность), недостаточно дифференцировано различие (выделение отдельных признаков предмета), выпадают отдельные характеристики объекта. Вследствие этого страдает последующая идентификация (отождествление с образом памяти по ведущему признаку или существенным признакам), что приводит к ошибочному опознанию. Наиболее существенные затруднения вызывает категоризация образа – отнесение его к тому или иному классу предметов, явлений и установление его ситуативной значимости или личностной ценности. Умственно отсталые склонны отождествлять предметы по несущественным сходным признакам. Дети лишены способности предугадывать развитие событий. Нарушаются такие существенные свойства восприятия, как целостность, структурность, осмысленность;
- 3) *в психомоторной сфере* – разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движений;
- 4) *в мыслительной сфере* – преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;
- 5) *в мнемической сфере* – преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания – над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию;
- 6) *в речевом развитии* – ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;
- 7) *в эмоционально-волевой сфере* – незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;
- 8) *в мотивационной сфере* – преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;
- 9) *в характерологической сфере* – усиление вероятности акцентуирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.

10) *Личность* – все аспекты личностной сферы формируются замедленно, с большими отклонениями. Среди черт личности – сужение сферы интересов и потребностей, снижение уровня общей активности, ослабление мотивационной сферы, апатичность, безинициативность, эгоцентрические установки, внушаемость, склонность к подражанию, бедное содержание самосознания, неадекватная самооценка и т.д.

11) *Межличностные отношения* имеют свою специфику: 1) низкая потребность в общении сочетается с дезадаптивными формами взаимодействия (отчуждение, избегание конфликтов); 2) контакты мимолетны, неустойчивы; 3) повышенная возбудимость ведет к тому, что импульсивное поведение чаще всего превращается в цепочку реакций (крик, драки, ссоры, бурные обиды и т.п.) и неадекватных способов выхода из конфликтов. Аффективные реакции быстро закрепляются и могут повторяться уже без видимых причин. 4) общая незрелость приводит к примитивной зависимости от более волевых членов коллектива, подчиненности им.

12) *Особенности социализации и социальной адаптации* при нарушениях интеллекта. Затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и часто приводит к нарушениям поведения.

Литература

1. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; под ред. В. И. Лубовского. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 464 с.
2. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш.шк., 2012. – 512 с.
3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
4. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

Лекция 8

Задержанное развитие

Вопросы:

1. Понятие «задержка психического развития».
2. Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С.Лебединской.
3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при нарушениях интеллекта. Особенности социализации и социальной адаптации при нарушениях интеллекта.

1. Понятие «задержка психического развития». *Задержка психического развития (ЗПР)* – нарушение темпа всего психического развития при наличии значительных потенциальных возможностей развития ребенка при специальном его обучении (А. О. Дробинская).

Особенностью ЗПР является качественно иная структура интеллектуальной недостаточности по сравнению с умственной отсталостью. Если при последней первично страдает интеллект, то при ЗПР – его предпосылки (память, внимание, пространственная ориентация и т.д.). У детей с ЗПР отсутствует инертность психических процессов, они способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне. У детей с ЗПР достаточно высокие потенциальные возможности обратимости отставания от сверстников, в связи с тем, что у них парциальное (мозаичное) поражение коры головного мозга, а при умственной отсталости - тотальное (диффузное).

2. Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С.Лебединской. К.С. Лебединская выделяет четыре варианта ЗПР: ЗПР конституционального происхождения; ЗПР соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения; ЗПР церебрально-органического происхождения. F81.9 – расстройство развития учебных навыков неуточненное .

I. *ЗПР конституционального происхождения.* Для нее характерны проявления гармонического психического инфантилизма и нарушения познавательной деятельности, обусловленные прежде всего незрелостью мотивационной сферы, преобладанием игровых интересов. Связано это с недоразвитием тех психофизиологических функций, которые получают наибольшую нагрузку в процессе учебной деятельности: умение произвольно управлять своим поведением, запоминать, концентрировать и удерживать внимание, планировать и контролировать свою деятельность, уровень развития речи и абстрактного мышления, координация мелких движений.

Подобные негрубые отклонения, часто встречающиеся у неуспевающих учеников массовой школы, связаны с замедлением темпа развития высших отделов коры головного мозга. Черты незрелости или недоразвития психики, прежде всего эмоционально-волевой сферы, когда, по определению Л.С.Выготского, существенные стороны психики ребенка сохраняют более раннюю детскую организацию, приводят к более позднему становлению навыков учебной деятельности, к более непосредственному поведению, чем принято в школьных условиях. Такое состояние, когда ребенок как бы «задержался» на предыдущем возрастном этапе созревания психики, получило название *психического инфантилизма*.

В тех случаях, когда проявления инфантилизма не осложнены дополнительными неблагоприятными факторами и выражаются только в эмоционально-волевой незрелости, детям свойственны относительная живость психики, любознательность, интерес к окружающему. Они активны в игре, привносят в нее творческий элемент, фантазию. Часто эмоционально-волевая незрелость у них гармонично сочетается с общей «детскостью» облика – они выглядят младше своего возраста, у них наблюдаются хрупкое телосложение, задержка роста, более поздняя смена зубов. Пропорциональное сочетание физической и психической незрелости при достаточно благополучном психическом состоянии в целом получило название *гармонического инфантилизма*. Эта форма инфантилизма встречается обычно при наследственной предрасположенности к более позднему развитию психических функций, у ближайших родственников также можно выявить наличие инфантильных черт в детстве, иногда инфантильность встречается также у близнецов и у недоношенных детей. Развитие детей с гармоническим инфантилизмом имеет благоприятный прогноз: при правильной организации воспитания и обучения эти дети со временем догоняют своих сверстников в учебе, негативные тенденции их личностного развития сглаживаются.

Инфантилизм может проявляться на любом этапе развития ребенка, но наиболее отчетливо он обнаруживает себя в начале школьного обучения. Проявляется эта незрелость психики ребенка, несоответствие его статусу ученика, прежде всего в учебной деятельности, требующей управления своими непосредственными побуждениями, целенаправленного внимания, сосредоточенности. Беспечность у них может сочетаться с добродушием и оживленностью, внушаемостью и подчиняемостью в отношениях с другими детьми. Движения их часто порывисты, недостаточно четки, моторная незрелость проявляется в трудностях координации тонких движений пальцев и кистей рук, выработки двигательных стереотипов, необходимых для овладения навыками письма и ручной умелости. Эти особенности моторики соответствуют особенностям нормально развивающихся детей более младшего возраста и получили название *моторного инфантилизма*. Особенно отчетливо задержка в развитии моторики проявляется при целенаправленных видах деятельности (рисование, письмо, ручной труд).

F84.8 – другие общие расстройства развития

II. *ЗПР соматогенного происхождения*. В эту группу входят задержки развития, возникающие в результате истощающего действия соматических заболеваний на организм, нарушения питания клеток головного мозга и, как следствие, замедление темпа созревания и развития структурно-функциональных мозговых систем. Нередко имеет место и задержка созревания эмоционально-личностной сферы, так называемый *соматогенный инфантилизм*. Обусловлен он, с одной стороны, не грубыми нарушениями обменных процессов и питания клеток головного мозга из-за частых и/или тяжелых заболеваний, приводящих к замедлению его созревания, с другой стороны, особенностями воспитания соматически ослабленного ребенка (повышенная опека, ограниченное общение со сверстниками).

От «обычного» ОРЗ ребенок считается выздоровевшим через 5–7 дней, однако восстановления исходного состояния организм достигает лишь спустя 3–4 недели. В этот период, когда ребенок уже считается здоровым, он больше подвержен риску заболеть снова, быстрее утомляется, более нервозен, чем обычно. Частые простуды не только ослабляют организм, но и ведут к формированию очагов хронической инфекции: хронических тонзиллитов, гайморитов и т.д. Общая ослабленность организма, незрелость вегетативных процессов, обеспечивающих жизнедеятельность ребенка, могут быть также врожденными – обычно это последствия нарушенного течения беременности у матери,

влияния на нее токсических веществ и профессиональных вредностей. Такие дети часто рождаются с малым весом, бывают беспокойными, плохо спят, едят, много срыгивают, иногда до рвоты, плохо прибавляют в весе. Они болезненно реагируют на перемены погоды, духоту, шум, изменение привычной обстановки. В дошкольном возрасте родителей могут беспокоить поверхностный чуткий сон ребенка, частые пробуждения, возбуждение и стереотипные движения при засыпании (раскачивание, сосание пальцев), ночной энурез, сниженный аппетит, выраженная избирательность в еде (например, некоторые дети не едят мясной пищи или овощей), повышенная склонность к аллергическим реакциям, простудам, инфекциям. Уже в дошкольном возрасте становятся отчетливыми нарушения эмоционально-волевого реагирования: повышенная чувствительность, впечатлительность, страх перед новым, чрезмерная привязанность к матери, выраженная заторможенность в контактах с чужими людьми – вплоть до отказа от речевого общения. Врожденная или приобретенная (в результате истощающих организм хронических заболеваний) недостаточность вегетативной нервной системы, неустойчивость вегетативного тонуса проявляются склонностью к нарушениям пищеварения, аллергического фона, колебаниям сосудистого тонуса, беспричинному повышению температуры. Таким детям часто свойственна метеозависимость (ухудшение состояния, снижение работоспособности при изменениях погоды).

К началу обучения в школе соматически ослабленный ребенок нередко выглядит моложе своего возраста, отличается возбудимостью, капризностью, быстрой истощаемостью, плаксивостью. Дополнительно снижать выносливость ребенка к нагрузке могут изменения в организме в связи с ростовым скачком, происходящим на 6–7-м году жизни. Мы уже говорили о том, что период начального школьного обучения может совпасть по времени с периодом интенсивного роста детского организма. Особенно высока вероятность такой «накладки» у детей с задержанным развитием — их «биологические» часы не совпадают с календарными, и те изменения, которые при своевременном развитии приходятся на старший дошкольный возраст, у них происходят уже за школьной партой.

Трудности в адаптации к школьным условиям обусловлены не только повышенной утомляемостью этих детей, но и инфантильными особенностями психики, которые нередко отмечаются у часто болеющего, ослабленного ребенка: несамостоятельностью, пугливостью, робостью, чрезвычайной зависимостью от взрослых. Черты эмоциональной незрелости часто сочетаются с невротическими проявлениями: повышенной впечатлительностью, боязливостью, капризностью. Причиной такого отставания в становлении личностных качеств является, с одной стороны, задержанное созревание структур мозга, регулирующих поведение ребенка и его адаптацию к новым условиям, с другой — повышенная эмоциональность, тревожность, вызванные не всегда адекватными условиями воспитания.

Нередко родители склонны чрезмерно опекать ослабленных детей из-за болезненности и подверженности инфекциям, ограничивать их контакты с другими детьми. В результате ребенок приходит в школьный коллектив, не умея общаться со сверстниками, обилие контактов становится для него дополнительной психологической нагрузкой, усиливающей утомление. Многочисленные пропуски занятий из-за болезни усугубляют картину. Несмотря на то, что собственно интеллектуальная деятельность у таких детей может быть относительно сохранной, систематическая учебная нагрузка и пребывание в детском коллективе часто становятся для них непосильными. «Нормативные» нагрузки оказываются чрезмерными: утомление наступает быстрее, чем у более здоровых детей. Накапливающееся утомление, отсутствие своевременного отдыха

(они успевают устать и истощиться задолго до наступления перерыва между уроками, не успевают отдохнуть за перемену) приводят к формированию хронической усталости или переутомления. Принципиальное различие между физиологическим утомлением и переутомлением заключается в том, что при утомлении работоспособность после отдыха восстанавливается до исходного уровня, а при переутомлении этого восстановления не происходит, утомление накладывается на утомление, приводя к серьезным сдвигам в общем состоянии организма. Врачи считают переутомление состоянием, пограничным между здоровьем и болезнью, оно является благоприятным фоном для развития болезненных отклонений и в физической, и в психической сфере. При переутомлении наступают выраженные физиологические сдвиги в функциональном состоянии головного мозга, задерживается его созревание, усиливаются эмоциональная неустойчивость, раздражительность и непродуктивная возбужденность, возникают головные боли.

F81.3 – смешанное расстройство учебных навыков

III. ЗПР психогенного происхождения

ЗПР психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Неблагоприятные условия среды, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие влияние на психику ребенка, могут привести к нарушениям вегетативной нервной системы и психических процессов, а также эмоционального развития. Нарушения развития, вызванные неблагоприятным влиянием социальной среды, условиями воспитания ребенка. Эта группа объединяет формирование личности ребенка по истерическому типу, по неустойчивому типу, развитие в условиях безнадзорности или повышенной опеки, чрезмерное потакание всем капризам ребенка, отношение к нему как к «вундеркинду». При этой форме ЗПР нередко недостатки воспитания и стимуляции развития усугубляются недостатками мозговых систем, обеспечивающих познавательную деятельность.

В случае, когда ребенок предоставлен сам себе и не получает необходимого педагогического воздействия со стороны семьи или замещающего ее учреждения, растет в условиях безнадзорности, гипоопеки, особенно близких, ведущих асоциальный образ жизни, у него не формируются познавательные интересы, интеллектуальные склонности и установки, чувство долга и ответственности, не развивается способность к торможению непосредственных чувств и желаний. Ребенок, выросший в таких условиях, не понимает значения интеллектуального труда, знаний, культурных ценностей, не приобретает навыки поведения в обществе. Оказавшись за школьной партой, он вряд ли будет прикладывать усилия к выполнению рутинных школьных заданий: непосредственного удовольствия от этого он не получает, оценка учителя часто бывает скептической или отрицательной (ведь такой ребенок обычно не подготовлен в должной степени к школьному обучению и закономерно оказывается среди слабых учеников), от родителей ни заинтересованности, ни поддержки ожидать не приходится. Естественной реакцией на подобное развитие событий у ребенка будет негативное отношение к учебной ситуации, которое он не умеет и не считает нужным сдерживать. Уходы из класса, прогулы, конфликты с учителем, агрессивное отношение к другим детям (надо же хоть как-нибудь самоутвердиться!) приводят к тому, что и взрослые начинают воспринимать ребенка как хулигана, и сам ребенок воспринимает себя так же.

При неблагоприятном влиянии окружения на инфантильного ребенка (воспитание в условиях повышенной опеки, безнадзорности и педагогической запущенности, неадекватно высоких требований со стороны взрослых, недостаточности эмоционального контакта с близкими) и при сочетании инфантильности с отдельными патологическими

чертами характера (возбудимость, конфликтность, демонстративность, эгоцентризм, выраженная капризность, слабость волевой регуляции и др.) возникает почва для искаженного формирования личности. Сочетание инфантильных особенностей и искажения мотивационной сферы ребенка получило название *дисгармонического инфантилизма*. При этом виде инфантилизма на первый план выступают неспособность к волевому усилию, слабость нравственных установок, ориентация в поступках на получение удовольствия; или, напротив, повышенная заторможенность, болезненная неуверенность в себе, неспособность добиться успеха из-за отказа от попыток что-либо сделать (такой ребенок настолько неуверен в своих возможностях, что говорит «не могу» до того, как сделает попытку выполнить задание, не проявляет активности в деятельности и играх). При воспитании с повышенной опекой, когда ребенка лишают возможности проявить самостоятельность, инициативу, принять ответственность за свои поступки, происходит формирование установки на бездеятельность и постоянную помощь, иждивенческой позиции, неспособности к волевому усилию. В условиях социально-педагогической запущенности причиной дезадаптации является несформированность способности подчинять свои потребности школьным правилам. Ребенок, воспитанный по типу «кумир семьи», привыкает к постоянному восхищению собой, своими способностями и качествами. Он не умеет сравнивать свои достижения со сверстниками, критически оценивать их, прикладывать усилия для улучшения результата. Отсутствие возможности быть в центре внимания травмирует ребенка, его эгоцентрическая установка мешает наладить отношения с другими детьми, в результате у него формируется негативная установка и к школьным занятиям, и к одноклассникам.

Искаженное формирование личности может произойти также в ситуации, когда ребенок находится под воздействием постоянных психотравмирующих факторов (безразличное отношение со стороны родителей, неприятие ребенка, завышенные требования, не соответствующие его реальным возможностям, алкоголизм одного из родителей с агрессивным отношением к ребенку или к другим близким и т.п.). В этих случаях патологическое формирование личности имеет в своей основе тревожность, робость, боязливость, невротические проявления, отсутствие активности и инициативы, повышенную заторможенность, неуверенность в своих силах, склонность отказываться от деятельности и замыкаться в себе. Это приводит к тому, что ребенок не прикладывает усилий по преодолению трудностей, любое задание вызывает у него страх, попытку отказа от выполнения предложенной работы. Отсутствие самостоятельности, заторможенность приводят к тому, что ребенок постоянно нуждается в стимуляции, поддержке, поощрении для того, чтобы проявить свои потенциальные возможности.

F83 – смешанные специфические расстройства психологического развития – IV. ЗПР церебрально-органического происхождения

У детей имеется органическое поражение ЦНС, но это органическое поражение носит очаговый характер и обуславливает незрелость эмоциональной сферы и (или) парциальные нарушения психических функций. Церебро-органическая недостаточность проявляется большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности

Особое состояние представляет собой задержка эмоционально-волевого созревания, вызванная органической недостаточностью нервной системы, которая накладывает типичный отпечаток на структуру личности ребенка. Если при первом, втором и третьем вариантах задержки психического развития мы подразумеваем преимущественно функциональную недостаточность мозговых структур, отвечающих за эмоционально-волевую составляющую познавательной деятельности, то четвертый

вариант объединяет детей, задержка развития которых носит более грубый характер, обусловленный поврежденностью мозговых структур. Это разделение весьма условно, однако помогает лучше понять отличия между разными вариантами ЗПР.

Эмоционально-волевые особенности ребенка с ЗПР церебрально-органического происхождения носят, как правило, характер *органического инфантилизма*. При этом варианте инфантилизма отсутствуют яркость и живость эмоций, они мало дифференцированы; дети слабо заинтересованы в оценке своей деятельности, отличаются низким уровнем притязаний. Внушаемость носит более грубый оттенок и приближается к некритичности. Игра отличается монотонностью и однообразием, содержание ее примитивно, стремление к игре возникает чаще в ситуациях, требующих умственной нагрузки, и выглядит скорее как уход от трудностей, чем потребность в игровой деятельности. Такие дети часто расторможены, в их поведении встречаются элементы психопатоподобного свойства. У них также более выражена интеллектуальная недостаточность. Это обусловлено нарушением так называемых предпосылок интеллектуальной деятельности: внимания, памяти, работоспособности, инертностью мыслительных процессов, недостаточностью некоторых корковых функций.

Нередко проявления органического инфантилизма в сочетании с выраженными недостатками когнитивной сферы объединяются в синдром, который получил название *психоорганического*.

3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при нарушениях интеллекта. Особенности социализации и социальной адаптации при нарушениях интеллекта.

Нарушения интеллекта имеют специфические черты в зависимости от тяжести и локализации повреждения мозга, осложненных и неосложненных форм, особенностей социальных условий воспитания и обучения, однако вместе с тем можно выделить их *общие черты*:

13) *внимание* – все характеристики внимания (избирательность, устойчивость, концентрация, переключаемость, распределение) у детей с ЗПР и олигофренией снижены по сравнению с нормой. Гиперактивным детям наиболее свойственна отвлекаемость, астеничным – быстрая истощаемость. Это приводит к быстрой потере интереса к объекту внимания;

14) *в сенсорно-перцептивной сфере* – незрелость различных систем анализаторов (особенно слуховой и зрительной), неполноценность зрительно-пространственной, вербально-пространственной ориентированности; восприятие нарушено на всех уровнях перцептивных действий. Страдает обнаружение (ориентировочно-исследовательский рефлекс или поисковая активность), недостаточно дифференцировано различение (выделение отдельных признаков предмета), выпадают отдельные характеристики объекта. Вследствие этого страдает последующая идентификация (отождествление с образом памяти по ведущему признаку или существенным признакам), что приводит к ошибочному опознанию. Наиболее существенные затруднения вызывает категоризация образа — отнесение его к тому или иному классу предметов, явлений и установление его ситуативной значимости или личностной ценности. Умственно отсталые склонны отождествлять предметы по несущественным сходным признакам. Дети лишены способности предугадывать развитие событий. Нарушаются такие существенные свойства восприятия, как целостность, структурность, осмысленность;

- 15) *в психомоторной сфере* – разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движений;
- 16) *в мыслительной сфере* – преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;
- 17) *в мнемической сфере* – преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания – над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию;
- 18) *в речевом развитии* – ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;
- 19) *в эмоционально-волевой сфере* – незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;
- 20) *в мотивационной сфере* – преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;
- 21) *в характерологической сфере* – усиление вероятности акцентуирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.
- 22) *Личность* – все аспекты личностной сферы формируются замедленно, с большими отклонениями. Среди черт личности – сужение сферы интересов и потребностей, снижение уровня общей активности, ослабление мотивационной сферы, апатичность, безинициативность, эгоцентрические установки, внушаемость, склонность к подражанию, бедное содержание самосознания, неадекватная самооценка и т.д.
- 23) *Межличностные отношения* имеют свою специфику: 1) низкая потребность в общении сочетается с дезадаптивными формами взаимодействия (отчуждение, избегание конфликтов); 2) контакты мимолетны, неустойчивы; 3) повышенная возбудимость ведет к тому, что импульсивное поведение чаще всего превращается в цепочку реакций (крик, драки, ссоры, бурные обиды и т.п.) и неадекватных способов выхода из конфликтов. Аффективные реакции быстро закрепляются и могут повторяться уже без видимых причин. 4) общая незрелость приводит к примитивной зависимости от более волевых членов коллектива, подчиненности им.
- 24) *Особенности социализации и социальной адаптации* при нарушениях интеллекта. Затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и часто приводит к нарушениям поведения.

Литература

1. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; под ред. В. И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 464 с.
2. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш.шк., 2012. – 512 с.
3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В.В.Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
4. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

Лекция 9

Дефицитарное развитие

Вопросы:

1. Систематика нарушений сенсорной сферы. Этиология.
2. Детский церебральный паралич. Этиология ДЦП. Формы ДЦП.
3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.

1. Систематика нарушений сенсорной сферы. Этиология.

По нарушению восприятия громкости *лиц с нарушением слуха* подразделяют на: *глухих* (ранооглохших, до появления навыков речи, и позднооглохших) и *слабослышащих* (с относительно сохранной речью и с тяжелым недоразвитием речи). Среди глухих различают лиц с остаточным слухом на сильные звуки и низкие частоты (не более 2000 Гц): с 70 дБ (тугоухость третьей степени), с 80 дБ (тугоухость четвертой степени); среди слабослышащих (с 50 дБ — тугоухость второй степени; с 2 дБ — тугоухость первой степени). Частотный диапазон 1000–4000 Гц. В школьном образовании выделяют две группы детей с нарушением слуха (педагогическая классификация): с относительно сохранной речью и с глубоким недоразвитием речи.

Этиология дефектов слуха и зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами. В происхождении экзогенных форм нарушения слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы: краснуха, корь, грипп; а также врожденные сифилис, токсоплазмоз и др. Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту. Большое значение имеют менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важнейших причин нарушения слуха (чаще тугоухости) у детей считаются отиты.

В последние годы ведущая роль придается генетическим факторам, большей частью связанным с наследственной патологией. Более 50% случаев глухоты и тугоухости считаются наследственно обусловленными. Показано, что в возникновении глухоты даже после перенесенной инфекции большое место принадлежит наследственному предрасположению (А. Г. Московкина, 1982). Особенно актуальна эта закономерность при глухоте, связываемой с медикаментозным лечением. Генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков.

Лиц с нарушениями зрения подразделяют на *слепых и слабовидящих*. Слепоту дифференцируют как абсолютную (неспособность отличать свет от тьмы, визус 0); бытовую (неспособность ориентации в ближнем пространстве жизнедеятельности для удовлетворения потребностей вне знакомой обстановки дома без посторонней помощи); профессиональную (недостаточность зрения для той или иной профессиональной деятельности).

По времени наступления слепоты различают слепорожденных (в том числе рано ослепших — до 3 лет, когда еще не сохраняются в памяти зрительные образы) и ослепших (утрата зрения после 3 лет).

В этиологии нарушений зрения имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации

беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т. д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

2. Детский церебральный паралич. Этиология ДЦП. Формы ДЦП.

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям: детский церебральный паралич (ДЦП); последствия полиомиелита в восстановительной или резидуальной стадии; миопатия; врожденные и приобретенные недоразвития и деформации опорно-двигательного аппарата. Наиболее распространенное двигательное нарушение – детский церебральный паралич (до 89 %). Поэтому мы будем рассматривать в данном пособии нарушения функций опорно-двигательного аппарата на примере данного нарушения.

Детский церебральный паралич – это сложная патология развития, начинающаяся внутриутробно, в период родов или ранний постнатальный период, обусловленная органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы.

В Беларуси по данным республиканского банка данных детей с ОПФР по состоянию на 15.09.2010 года насчитывалось 2057 детей с ДЦП. Из них 1169 мальчиков и 888 девочек. От общего количества детей с особенностями в развитии – 2,13%

Этиология: современные знания (Л.О. Бадалян, Э.С. Калижнюк, У.К. Курбанов, В.В. Лебединский, Е.М. Мастюкова, Н.М. Махмудова, К.А. Семенова, О.А. Стерник и др.) дают основание предполагать, что в большинстве случаев ДЦП является результатом внутриутробного поражения плода различными вредными факторами.

Особенно важны:

1. токсикоз первой половины беременности, когда разворачиваются основные этапы органогенеза. В результате токсикоза изменяется проницаемость сосудов мозга плода, возникает внутриутробная гипоксия;
2. нарушение эмбрионального развития вследствие патологических состояний матери и плода, вызванных различными инфекциями, интоксикациями, травмами, соматическими заболеваниями;
3. недоношенность, т.к. недоношенные дети особенно предрасположены к внутричерепным кровоизлияниям, их сосудистая система недоразвита и легко ранима;
4. асфиксия плода и связанное с ней кислородное голодание, к которому особенно чувствительны клетки головного мозга. Асфиксия влечет за собой нарушение всех видов обмена: белкового, липоидного, углеводного и т.д. Мозг плода как наиболее высокоорганизованный орган, в котором процессы протекают весьма интенсивно, оказывается крайне чувствителен к дефициту кислорода. Чем раньше возникает внутриутробная гипоксия, тем сильнее выражено ее воздействие на нервную систему. Асфиксия наиболее тяжело сказывается на состоянии пирамидных клеток коры, имеющих непосредственное отношение к развитию пирамидных двигательных путей;

Кроме того, к внутриутробным факторам возникновения ДЦП относят несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности.

Вследствие вышеперечисленного плод не имеет достаточной зрелости к моменту рождения. Именно это обстоятельство нередко приводит к родовой травме и сопутствующему нарушению мозгового кровообращения. Таким образом, родовая травма возникает как результат неправильной родовой деятельности, обусловленной состоянием плода. Однако даже после благополучного внутриутробного развития в раннем постнатальном периоде плод может быть подвержен травме, асфиксии, гемолитической болезни, инфекции (менингоэнцефалит, нейроинфекция) и др. неблагоприятным факторам, приводящим к поражению мозга и, как следствию, к ДЦП.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 в момент родов, 10 – после рождения.

Однако вопрос этиологии ДЦП до настоящего времени остается дискуссионным.

В отечественной клинической практике используется классификация К.А.Семеновой (1968), в которую включены собственные данные автора и элементы классификации Д.С. Футера (1967) и М.Б. Цукер (1947). Автором выделяется пять основных форм ДЦП: спастическая диплегия, гемипаретическая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, двойная гемиплегия, атонически-астатическая форма.

1. *Спастическая диплегия* – наиболее часто встречающаяся форма ДЦП, известная под названием болезни, или синдрома, Литтля. Характеризуется наличием спастических парезов во всех конечностях (тетрапарез). При данной форме в значительной степени поражены ноги, однако ребенок частично может научиться обслуживать себя. Часто наблюдается задержка психического развития. 30-35 % детей со спастической диплегией страдают умственной отсталостью в степени нерезко выраженной дебильности. У 70 % наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии. Большинство детей с этой формой имеют благоприятный прогноз в психическом развитии и положительную динамику в физическом развитии.

2. *Гемипаретическая форма ДЦП* в 80 % случаев развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие травм, инфекций и пр. поражаются формирующиеся пирамидные пути. При этой форме поражена одна сторона тела (правосторонняя гемиплегия или левосторонняя гемиплегия): левая — при правостороннем поражении мозга и правая — при поражении преимущественно левого полушария. При данной форме обычно тяжелее поражаются верхние конечности. У 25-30 % детей с гемипаретической формой ДЦП наблюдается дебильность, у 40-50 % – вторичная задержка умственного развития.

3. *Гиперкинетическая форма ДЦП* развивается у ребенка вследствие билирубиновой энцефалопатии, что является результатом гемолитической болезни новорожденных. В неврологическом статусе у этих больных наблюдаются гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих. В 10 % случаев наблюдается тугоухость. Большинство детей с гиперкинетической формой успешно развиваются в психическом отношении, но менее успешно – в моторном.

4. *Двойная гемиплегия* – возникает при обширных поражениях головного мозга. Этот тетрапарез – самая тяжелая форма ДЦП. Преобладает ригидность мышц. Такой ребенок не сидит, не держит голову, не стоит. Кроме тяжелых двигательных нарушений (поражение нижних и верхних конечностей) при данной форме ДЦП, как правило, наблюдаются тяжелые речевые нарушения, выраженное снижение интеллекта. Самый неблагоприятный прогноз по сравнению с другими формами.

5. *Атонически-астатическая форма* возникает при поражении мозжечка. Встречается значительно реже других форм. Характеризуется мышечной гипотонией, атаксией – нарушением равновесия, гиперметрией – чрезмерной размахистостью движений. Часто у детей наблюдается недоразвитие речи и интеллекта. Однако, при этой форме возможно отсутствие сочетания с другими нарушениями, двигательные нарушения с возрастом могут компенсироваться.

Могут наблюдаться смешанные формы. Дети с разными формами имеют разную неврологическую симптоматику, следовательно, и разные психологические особенности. Любая клиническая форма ДЦП может быть выражена в разной степени.

3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.

Психические процессы, состояния, свойства лиц с нарушением зрения, слуха, речи, опорно-двигательной системы обладают общими типичными особенностями, получившими определение *дефицитарное развитие личности* (В.В. Ковалев, В.В. Лебединский и др.).

Анализ литературы по этой проблеме позволяет выделить ряд последовательных причинно-следственных звеньев дефицитарного развития психики.

1. Нарушение одного из анализаторов представляет собой условие нарушения нормы психического развития в результате дефекта сенсомоторной основы психического отражения.

2. Поскольку в целостном психическом отражении взаимодействуют все анализаторы и все психические процессы, то нарушение функционирования хотя бы в одном анализаторе приводит к нарушению всех психических процессов.

3. Основной механизм нарушения внимания – ослабление интереса к окружающему миру, угасание ориентировочно-исследовательского рефлекса вследствие потери одного из каналов психической информации. Недостаток произвольного внимания затрудняет процесс обучения, сокращает зону ближайшего развития ребенка.

4. Основной механизм нарушения восприятия – нарушение образов отражения: искажение реальных параметров в первичных зонах поврежденных анализаторов ощущений; несформированная модальность (звуковая, зрительная, двигательная) психических образов; отсутствие целостности психических образов (их фрагментарность) вследствие неполноты взаимодействия всех анализаторов.

5. Основной механизм нарушения памяти – предшествующие запечатлению и сохранению информации нарушения внимания, неполнота и искажение психических образов восприятия.

6. Основной механизм нарушения мышления – недостатки внимания, неполная и искаженная информация восприятия и памяти, т.е. существенные пробелы и ошибки первичной информации, с которой в дальнейшем предстоит работать мышлению. В этой связи страдает в первую очередь наиболее онтогенетически ранний вид наглядно-действенного мышления. Нарушение первой ступени мышления, базовой для формирования последующих, становится первопричиной затруднений в развитии основанных на наглядно-действенном мышлении более сложных форм образного и словесно-логического мышления. В результате появляется целостная картина отставания психического развития в познавательной сфере. Она характеризуется несформированностью свойств *обратимости* мышления, т.е. расстройством взаимодействия информационных кодов действия с предметом (наглядно-действенное

мышление), образов действия с предметом (образное мышление), словесного обозначения предметов и абстрактных действий с ними (словесно-логическое мышление).

7. В результате компенсации первичного дефекта того или иного анализатора (зрительного, слухового, двигательного) развитием речи, вербальным мышлением часто отмечается *формализм* мышления, т.е. неподкрепление словесного обозначения предмета и явления сенсомоторным образом, неподкрепление теории практикой, идеального Я (хочу) реальным Я (могу).

8. Недостаток адекватного отражения мира реалистичным, объективным, рациональным способом компенсируется субъективным, эмоциональным, иррациональным способом психического отражения. В структуре личности происходит существенный сдвиг аффективно-когнитивной пропорции психического отражения в сторону аффекта.

9. Личность, которая формируется в результате дефицитарного развития, часто приобретает тип так называемой *нарциссической* личности, для которой характерны:

- инфантильность, эгоцентризм;
- завышенная самооценка идеального «Я», неадекватно претенциозные запросы по сравнению с неразвитым реальным «Я» (умениями, способностью реализовать претензии на исключительность);
- чрезмерная эффективность, замещающая недостатки интеллекта, высших духовных чувств, изъяны моральных качеств;
- мощная психологическая защита, компенсирующая слаборазвитое реальное Я.

Без специальной профилактической работы медиков, психологов, педагогов возникающие разнообразные акцентуации характера в процессе дефицитарного развития личности приводят к психопатии, к патологическому завершению дизонтогенеза.

10. Межличностные отношения являются большой проблемой, поскольку значительная зависимость от зрячих, слышащих, двигающихся, а значит более компетентных в окружающем мире, создает специфические трудности формирования мотивации общения, предполагающей диалог, где происходит восприятие и осмысление эмоциональных другого человека. Особенно сложно вступать в общение слепому и детям с ДЦП.

11. Трудности построения социального взаимодействия приводят к возникновению социальных страхов.

Литература

1. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И.Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; под ред. В. И.Лубовского. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 464 с.
2. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А.М. Полякова. – Минск : Выш.шк., 2012. – 512 с.
3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
4. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В.Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

Лекция 10

Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие

Вопросы:

1. Определение раннего детского аутизма. Характерные признаки его проявления. Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера.
2. Искаженное психическое развитие: этиология, четыре группы детей с аутизмом.
3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии.
4. Дисгармоническое психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, виды по происхождению. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы.
5. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии.

1. Определение раннего детского аутизма. Характерные признаки его проявления. Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера.

РДА (F84)– неравномерное развитие психики с нарушением преимущественно социального, межличностного восприятия и коммуникации.

Встречается во всех странах мира в среднем 4-5 случаев на 10 тыс. детей. РДА встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Проявления РДА можно наблюдать у ребенка в возрасте 1 года:

- у ребенка поздно возникает комплекс оживления, он не фиксирует взгляд на лицах, при этом обращая внимание на предметы;
- бывает негативная реакция на позу при кормлении;
- моторное развитие своеобразно: ребенок на руках у матери может быть либо вялым, либо избыточно напряженным; запаздывает развитие навыка ходьбы;
- отмечаются нарушения походки и координации: подпрыгивание при ходьбе, размахивание руками, ходьба на носочках.

Яркими внешними проявлениями синдрома РДА являются:

Аутизм как таковой, т.е. предельное «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией. Имеются сложности в выражении ребенком своих эмоциональных состояний и понимании им состояний других людей. Трудности эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей степени аутизм нарушает развитие отношений с чужими людьми.

Стереотипность в поведении, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Ребенок сопротивляется малейшим изменениям в обстановке, порядку жизни. Наблюдается поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение; захваченность одной и той же темой разговора, рисования и т.п. и постоянное возвращение к ней.

Характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно ее коммуникативной функции. Не менее чем в одной трети случаев это может проявляться в виде мутизма (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации при сохранении возможности произнесения слов и фраз). Ребенок с РДА может иметь и формально хорошо развитую речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой. Однако такая речь носит характер штампованности, попугайности, фотографичности. Ребенок не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь, может увлеченно декламировать одни и те же стихи, но не использовать речь даже в самых необходимых случаях, т.е. имеет место избегание речевого взаимодействия как такового. Характерны речевые эхолалии (стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов), длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами «дать пить», «накрыть» и т.д. Обращает на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка.

Ранее проявление указанных выше расстройств (в возрасте до 2,5 лет).

Наибольшая выраженность поведенческих проблем (самоизоляция, чрезмерная стереотипность поведения, страхи, агрессия и самоагрессия) наблюдается в дошкольном возрасте, с 3 до 5-6 лет.

Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера (по В.В.Ковалеву) По мнению большинства современных авторов, ранний детский аутизм представляет синдром или группу сходных синдромов разного происхождения. Более четко очерченными являются те варианты синдрома, которые получили наименование синдромов Каннера и Аспергера. Несмотря на наличие определенных различий, разграничение их весьма условно.

Основные проявления раннего детского аутизма, описанные выше, имеют место при обоих вариантах. Наиболее существенными различиями, согласно G. Nissen, можно считать, во-первых, нормальный или выше среднего уровень интеллекта при синдроме Аспергера и невысокий интеллектуальный уровень или интеллектуальную недостаточность при синдроме Каннера и, во-вторых, опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы) при синдроме Аспергера и часто отставание в развитии речи в случае синдрома Каннера. Кроме того, синдром Аспергера встречается почти исключительно только у мальчиков, тогда как синдром Каннера может наблюдаться (хотя и реже) и у девочек. Меньшее дифференциально-диагностическое значение имеет характер отношения к близким (ребенок с синдромом Аспергера нередко относится к ним, как к помехе, а ребенок с синдромом Каннера может их вообще не замечать). В типичных случаях указанных синдромов прогноз может быть различным. Он более благоприятен при синдроме Аспергера, который рассматривается как особый вариант начального этапа формирования аутистической (шизоидной) психопатии. В случае синдрома Каннера чаще наблюдается переход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную форму умственной отсталости.

2. Искаженное психическое развитие: этиология, четыре группы детей с аутизмом.

Причины возникновения РДА неуточнены, но как наиболее вероятные принимаются следующие:

– наследственная отягощенность: во многих случаях родители или другие родственники ребенка страдают шизофренией, невротическими расстройствами;

- как реакция на подавление ребенка со стороны матери, ее эмоциональную холодность (Б.Беттельхейм);
- как следствие органического поражения мозга, преимущественно левого полушария, в том числе речевых зон.

Четыре группы детей с аутизмом в зависимости от интенсивности поражения аффективной сферы:

1-ая группа РДА – полная отрешенность от происходящего. Наиболее тяжелая степень поражения, для которой характерно:

- полевое поведение: ребенок бесцельно перемещается в пространстве комнаты, иногда передвигаясь по мебели (прыгая, перелезая по верху);
- эмоциональный контакт со взрослым отсутствует, реакция на внешние и внутренние раздражители слабая, болевые пороги снижены;
- лицо сохраняет выражение отстраненности;
- речь отсутствует, хотя понимание речи может быть не нарушено;
- ребенок избегает резких стимулов: шума, яркого света, громкой речи, прикосновений – все это может вызвать приступы страха;
- выражены явления пресыщаемости: утомляемость, плаксивость, раздражительность.

Задачей этого типа эмоциональной регуляции является сохранение себя от воздействий внешнего мира и стремление к эмоциональному комфорту.

2-ая группа РДА – активное отвержение, отличается большей активностью.

- ребенок реагирует на физические ощущения (голод, холод, боль);
- активно требует сохранения постоянства в окружающей среде: одинаковой пищи, постоянных маршрутов прогулки, тяжело переживают перестановку мебели, смену одежды и т.д. При этих изменениях как реакция – отказ от пищи, утрата навыков самообслуживания;
- наблюдаются стереотипные действия, направленные на стимуляцию органов чувств, надавливание на глазные яблоки, вращение предметов перед глазами, шуршание бумагой, прослушивание одних и тех же пластинок;
- вестибулярный аппарат стимулируется прыжками, раскачиванием вниз головой и т.п.
- речь в основном состоит из однотипных речевых штампов – команд, адресованных любым присутствующим;
- характерна чрезмерная связь с матерью, невозможность оставить ее даже на короткий срок;
- иногда отмечается сочетание холодности, нечувствительности к эмоциям других людей с повышенной чувствительностью к состоянию матери.

3-ая группа РДА – захваченность аутистическими интересами, характеризуется следующими показателями:

- наличие речи в виде эмоционального окрашенного монолога, выражающего потребности ребенка;
- противоречивость побуждений: стремление к достижению цели при быстрой пресыщаемости; пугливость, тревожность и потребность в повторном переживании травмирующих впечатлений;
- часто встречаются агрессивные действия, устрашающие сюжеты рисунков.

4-ая группа РДА – чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми, является наименее тяжелой:

- ребенок способен к общению;
- сохранены интеллектуальные функции;
- речь аграмматична, нарушено употребление местоимений;
- выражена чрезмерная потребность в защите, ободрении, эмоциональной поддержке со стороны матери;
- не хватает гибкости и разнообразия поведения, часто возникают ритуальные формы поведения как защита от страхов;
- круг общения ограничен только близкими, хорошо знакомыми людьми.

Дети 1-2 группы практически недоступны продуктивному контакту, не способны к выполнению обычных заданий. С 3-4 группой специалисту удастся установить контакт. У них отмечается разный уровень и неравномерность достижений, развития интеллекта. Со временем в развитии ребенка возможно как улучшение освоения навыков общения, постепенная адаптация, так и регресс, утрата приобретенных навыков.

3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии.

1. *внимание* – трудностях сосредоточения внимания, внимание приковывается к отдельным аспектам воспринимаемого поля.

2. *в сенсорно-перцептивной сфере* – проблемы развития сенсорной сферы у детей с аутизмом разделяются на две группы – гиперчувствительность и гипочувствительность. *Гиперчувствительность* (гиперсензитивность, гиперестезия) – это повышенная чувствительность вплоть до непереносимости определенных сенсорных стимулов. *Гипочувствительность* (недостаточная чувствительность, низкая чувствительность) – недостаточно развитая способность воспринимать стимулы разной модальности. В случае гиперчувствительности ребенок будет стремиться избегать определенных стимулов, а в случае гипочувствительности, наоборот, будет стремиться их получить в разных формах. Характерна болезненная гиперестезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок как в скорлупу «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей. Страдает целостность восприятия, а непосредственный чувственный опыт начинает определять и направлять сознание и поведение ребенка.

3. *в психомоторной сфере* – плохая моторика, несформированность произвольных движений, большие трудности в овладении навыками самообслуживания. Переход от произвольных движений к произвольным часто оказывается непреодолимым. Отмечаются отсутствие плавности, толчкообразность, машинообразность, нескоординированность движений, обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Аутостимуляция сенсорной и аффективной недостаточности – одна из функций, которую выполняют *стереотипии*, устойчивые формы однообразных действий. Однообразные действия повторяются много раз, поэтому задается определенный ритм через повторяемость. Ритмическая организация упорядочивает для ребенка неопределенный, а потому очень тревожный, пугающий

мир. Упорядочивание, организация внешнего мира – еще одна функция стереотипий. Ребенок получает впечатление, что он берет внешний мир под свой контроль и тем самым ограждает себя от дискомфортных, неприятных впечатлений. Он опирается на стереотипы потому, что может приспособиться только к устойчивым формам жизни. Стереотипии ребенка с аутизмом отличаются длительностью, упорством, большой эмоциональной заряженностью. Стереотипии проявляются в сенсорной сфере, в двигательной сфере, в речи, в сфере интеллектуальных интересов. Ребенок повторяет однообразные движения, такие как: серии однообразных прыжков, бег по определенному «маршруту» в комнате, однообразно потряхивает кистями, сжимает их, открывает и закрывает двери по многу раз, включает и выключает свет, выкладывает ритмические узоры из деталей мозаики, повторяет одни и те же строчки из песен, выкрикивает одну и ту же фразу, «зацикливается» на одном интересе, которому посвящает все свое время, например, интересуется железной дорогой, географией, составляет своды законов для собачьей страны и др.

4. *в мыслительной сфере* – нарушение целенаправленности и пресыщаемость интеллектуальной деятельности, вычурность мышления, что обусловлено оторванностью знаково-символической деятельности от чувственного познания, склонность к символике.

5. *в речевом развитии* – качественное нарушение в сфере вербальной и невербальной коммуникации: отсутствие желания общаться с другими, эхолалия, общение только в случае возникновения потребностей, их высказывания не соответствуют ситуации, у них отмечается постоянное говорение, игнорирование ответов других, нарушение речевого развития. Нарушение речевого развития проявляется в остановке или задержке речевого развития без компенсации жестами, отсутствие реакции на речь других людей, замена местоимений, использование обычных слов в необычном значении, неспособность начать и поддерживать диалог, нарушения просодики (тон, ударение, интонация), нарушение невербальной коммуникации (использование жестов и мимики).

6. *в эмоционально-волевой сфере* – у младенцев и у более старших детей возникают трудности с подражанием другому человеку, а также трудности эмоционального заражения, что обуславливает проблемы развития эмоциональной сферы у детей. У детей с аутизмом затруднено также опознание эмоционального состояния другого человека. Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствует возникновению чувства неуверенности и являются благоприятной почвой для возникновения страхов. При налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами и нередко являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

7. *межличностные отношения* – неспособность устанавливать полноценные отношения с другими людьми.

8. *особенности социализации и социальной адаптации: качественное нарушение социального взаимодействия.* Отчужденность, пассивность, странная активность. Дети не могут уже в младенчестве отслеживать направление внимания взрослого человека, что не дает возможности им осуществлять совместные действия, у них также не появляется указательный жест, регулирующий взаимодействие с другим человеком. Выражена слабо или совсем отсутствует ориентация на людей. Не овладевают навыками социального взаимодействия.

Нарушение воображения и социальной практики: трудности в понимании того, что люди имеют разные мнения, трудности в представлении будущего, трудности в планировании, негибкость в применении законов и традиций, неосознанное подражание поведению людей, трудность в обобщении понятий, негибкость мышления. У детей с аутизмом можно заметить полное отсутствие «символической» игры, которая заменяется стереотипными навязчивыми действиями. Нормально развивающиеся дети дошкольного возраста берут на себя и выполняют игровые роли, используют в игре предметы-заместители, однако этого не наблюдается в игре детей с аутизмом. У взрослых людей с аутизмом отсутствие воображения проявляется по-другому: они проявляют мало интереса к вымышленным сюжетам, в частности, к фильмам, романам, телесериалам.

4. Дисгармоническое психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, виды по происхождению. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы.

Психопатия - это аномалии развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности, характеризующихся по трем критериям: тотальность патологических черт характера; относительная стабильность их проявлений в течение жизни; социальная дезадаптация.

Этиология: генетические (наследственные факторы); воздействие внешних повреждающих факторов в раннем детстве (родовые травмы, тяжелые инфекционные заболевания); как реакция на длительные неблагоприятные воздействия со стороны родителей, создающих неадекватные стереотипы эмоционального реагирования.

Причины происхождения каждого варианта психопатии различны. Психопатии подразделяют на конституциональные (ядерные), органические, краевые.

Конституционные психопатии зависят в большей степени от наследственной предрасположенности, чем от особенностей воспитания детей. К ним относят шизоидную, эпилептоидную, циклоидную, психастеническую, неустойчивую и истероидную психопатии. Эту группу называют также ядерной группой психопатий.

Органические психопатии связаны с ранним органическим поражением центральной нервной системы, среди них чаще встречается возбудимый тип.

Краевая, или нажитая (приобретенная) психопатия является результатом патологического формирования личности.

Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы (по О. В. Кербикову):

Возбудимые – характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с подозрительностью, гневом, упрямством и педантичностью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческий ролевой репертуар скуден.

Неустойчивые – свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, быстро угасают. Повышенная внушаемость, склонны к фантазированию.

Тормозимые – характеризуются повышенной утомляемостью, истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с малознакомыми людьми, плохо привыкают к коллективу.

Психастенические – характерно сочетание черт астенической личности сповышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения. Склонны к ритуалам в поведении, боятся любых изменений.

Шизоидные – свойственна патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения.

Мозаичные – представляют собой сочетание нескольких.

5. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии.

1. *Познавательная деятельность* может быть без особенностей, в пределах возрастной нормы, иногда чуть выше или чуть ниже.

2. *Личность.* Ряд психопатических свойств имеет тенденцию закрепляться по механизму «порочного круга». Так, аутизм шизоидного ребенка нередко вызывает настороженное отношение к нему со стороны сверстников, что вторично еще более углубляет его аутизм. Аффективная возбудимость эпилептоидного ребенка, способствуя конфликтам, создает для него сложное положение в среде сверстников, ситуацию враждебности, подозрительности. Таким образом, сама психопатическая личность как бы утяжеляет окружающую среду, внося в нее дисгармонию и конфликт и тем создавая новый порочный круг, фиксирующий и усиливающий патологические черты характера. Ряд симптомов (страхи, робость, нерешительность, паранойальность), наблюдаемые у детей с различными видами психопатий, рассматривается авторами как вторичные реактивные образования.

В патогенезе патологических формирований личности основная роль принадлежит двум факторам: 1) закреплению патологических реакций (имитация, протест, пассивный и активный отказ и др.), представляющих собой форму ответа на психотравмирующую ситуацию; фиксируясь, они становятся устойчивыми свойствами личности особенно в детском возрасте; 2) непосредственному «воспитанию» таких патологических черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

3. *Межличностные отношения* неадекватны. От нарушений контактов со сверстниками, восприятие их как потенциальной опасности (при шизоидной психопатии), поддержания контактов только с теми, кто одобряет, не трепят критики (при эпилептоидной психопатии), трудностей вступления в контакт, осторожностью и постепенностью (при психастенической психопатии) до охотного вступления в контакт, восприятия общения как способа проявления своего «Я» (при истерической психопатии), коллекции новых контактов (при неустойчивой психопатии), срывов и вспышек гнева (при возбудимой психопатии).

3. *Особенности социализации.* Общей закономерностью развития психики при психопатии и раннем детском аутизме является явление асинхронии, когда при нормальном становлении познавательной предметной деятельности нарушается общение, социальное поведение человека.

Литература

1. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; под ред. В. И. Лубовского. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 464 с.
2. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш.шк., 2012. – 512 с.
3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
4. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

Материалы для теоретического изучения

Лемех, Е.А. Методы специальной психологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://elib.bspu.by/handle/doc/47995>. (к лекции 3)

Лемех, Е.А. Закономерности развития психики детей с дизонтогенезом [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://elib.bspu.by/handle/doc/51629>. (к лекции 4-5)

Лемех, Е.А. Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://elib.bspu.by/handle/doc/52641>. (к лекции 7)

Лемех, Е.А. Задержанное развитие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://elib.bspu.by/handle/doc/52642>. (к лекции 8)

Лемех, Е.А. Дефицитарное развитие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://elib.bspu.by/handle/doc/51703>. (к лекции 9)

Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://elib.bspu.by/handle/doc/51630>. (к лекции 10)

2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1. *Содержание практических занятий для студентов дневной формы получения образования*

Практическое занятие 1.

Тема. Историческая последовательность формирования знаний об отклонениях в развитии

Цель: проанализировать историческую последовательность формирования знаний об отклонении в развитии; составить схему «Последовательность возникновения отраслей специальной психологии»; составить таблицу «Предмет и задачи специальной психологии и смежных наук»; познакомиться с выдающимися учеными, внесшими вклад в развитие специальной психологии; познакомиться с белорусской школой специальной психологии.

Вопросы для обсуждения:

1. В какой сфере общественного сознания впервые стали концентрироваться первые сведения об особенностях поведения лиц с нарушениями в развитии?
2. Чем характеризуется отношение к инвалидам на уровне религиозного сознания?
3. Какова роль систематического обучения лиц с нарушениями развития в становлении специальной психологии?
4. Какие отрасли специальной психологии являются наиболее изученными?
5. Какие новые отрасли специальной психологии оформляются в настоящее время? Объясните, чем вызвана необходимость новых направлений исследований в специальной психологии.
6. Лента времени «Последовательность возникновения отраслей специальной психологии».
7. Выдающиеся ученые, внесшие вклад в развитие специальной психологии.
8. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.
9. Внутрисистемные и междисциплинарные связи специальной психологии.
10. Раскройте возможности взаимной ассимиляции данных педагогической и специальной психологии; данных патопсихологии и специальной психологии; данных клинической и специальной психологии; данных нейропсихологии и специальной психологии.

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Вклад П.П. Блонского в развитие специальной психологии.
2. Вклад Р.М. Боскис в развитие специальной психологии.
3. Вклад Т.А. Власовой в развитие специальной психологии.
4. Вклад Л.С. Выготского в развитие специальной психологии.
5. Вклад Л.В. Занкова в развитие специальной психологии.
6. Вклад М.И. Земцовой в развитие специальной психологии.
7. Вклад В.В. Лебединского в развитие специальной психологии.
8. Вклад К.С. Лебединской в развитие специальной психологии.
9. Вклад В.И. Лубовского в развитие специальной психологии.
10. Вклад М.С. Певзнер в развитие специальной психологии.
11. Вклад С.Я. Рубинштейн в развитие специальной психологии.
12. Вклад Е.С. Слепович в развитие белорусской специальной психологии.
13. Вклад И.М. Соловьева в развитие специальной психологии.
14. Вклад Г.Я. Трошина в развитие специальной психологии.
15. Вклад Ж.И. Шиф в развитие специальной психологии.
16. Вклад А.В. Ярмоленко в развитие специальной психологии.
17. Научно-исторический проект «Выдающиеся ученые, внесшие вклад в развитие специальной психологии».
18. Проект «Внутрисистемные и междисциплинарные связи специальной психологии».

Практическое занятие 2

Тренинг эмпатии

Тема. «Дети с особенностями психофизического развития»

Цель: путем технологии мыследеятельности выявить наличные знания студентов относительно понятия «дети с особенностями психофизического развития»; формировать ценностно-смысловое поле будущего специалиста, работающего в области специального образования, как в отношении профессиональной деятельности, так и в отношении ребенка, которому будет оказывать помощь.

План проведения:

1. Технология мыследеятельности «Алфавит».

Цель: раскрыть смысл изучаемого понятия «дети с особенностями психофизического развития».

2. Сравнение определения полученного в процессе работы группы с определениями, имеющимися в литературных источниках.

Определение Л.Пожар: «В нашем определении аномальные дети – это дети и подростки с трудностями социального функционирования, вытекающими из дефицитарности или недостатка органа, его функции и процесса, со специфическими особенностями и характерными трудностями в познании окружающего мира и общении с людьми, а также со специфическими особенностями формирования их личности».

Определение В.Г.Петровой и И.В.Беляковой: «Дети с отклонениями в развитии – это те, у кого в силу физических или психических дефектов имеются определенные нарушения в приеме, переработке и использовании информации, получаемой от окружающего мира».

Определение, взятое в словаре «Коррекционная педагогика и специальная психология»: «Дети с ОПФР – это дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического или психического развития. Аномальный характер психофизического развития ведет к значительному своеобразию в формировании личности ребенка».

3. Тренинговый цикл.

Цель: формирование эмпатии и толерантности по отношению к детям с ОПФР.

Упражнения можно проводить выборочно. Цель каждого упражнения сообщается студентам после его прохождения и обсуждения.

Упражнение №1.

Цель: установление эмоционального контакта, объединение в рамках профессиональной принадлежности.

«Пришла осень и это хорошо...»

«Пришла осень и это плохо...»

Через одного человека студенты по кругу говорят свое высказывание.

«Я – будущий дефектолог и это хорошо...»

«Я – будущий дефектолог и это плохо...»

Если в первом круге студент говорил «...плохо», то во втором должен говорить «...хорошо».

Упражнение №2.

Цель: прочувствовать ощущения ребенка с ДЦП.

✓ В варежках собрать 5-6 скрепок или кнопок пинцетным захватом. Одновременно могут работать 5-6 человек с установкой «Кто больше соберет?».

✓ Большим пальцем и мизинцем взять шариковую ручку. Попробовать написать несколько слов.

Упражнение №3.

Цель: ощутить себя в позиции ребенка с сенсомоторной алалией, который ничего не понимает, которому необходима соответствующая интонация, темп, мимика, жест, неоднократные повторения.

«Канкор». Повторение этого слова с разной интонацией, в разном темпе, с привлечением жестов.

Упражнение №4.

Цель: прочувствовать ощущения ребенка не видящего на один глаз.

✓ Налить воду в стакан из чайника с одним завязанным глазом. (Рекомендуется предложить сделать дома при отсутствии необходимого оборудования).

✓ Закрыть один глаз и нарисовать квадрат.

Упражнение №5.

Цель: прочувствовать ощущения не видящего человека.

✓ Стоя в кругу завязать глаза, подойти к своей парте, достать из сумочки губную помаду, ключи.

✓ Завязать глаза, на ощупь достать из кошелька купюру достоинством 100 рублей, 1 000 рублей.

Упражнение №6.

Цель: прочувствовать ощущения слабовидящего человека.

Пройти по бечевке, смотря в бинокль с обратной стороны.

Упражнение №7.

Цель: прочувствовать ощущения слабослышащего человека.

✓ Закрыть одно ухо – кто больше услышит звуков?

✓ Закрыть два уха – что слышим?

Преподаватель говорит шепотом с расстояния 6 м с открытым лицом, с закрытой нижней частью лица.

Упражнение №8.

Цель: прочувствовать ощущения плохо разговаривающего человека.

✓ Произнести с закушенной губой фразу, повернувшись друг к другу лицом: «Мышка сушек засушила».

✓ Произнести с прикушенным языком: «Карл у Клары украл кораллы».

✓ Произнести фразу, зажав крылья носа: «Мама Милу мылом мыла».

Поняли Вы друг друга? Что Вам мешало? Что Вы чувствовали? Вы побыли в этом состоянии несколько минут. А лицам с особенностями в развитии приходится с этим жить.

Упражнение «Паутинка прозвищ».

Цель: прочувствовать ощущения отвергнутого человека.

Завершающее упражнение «Доброе животное».

Цель: развивать чувство единства принадлежности к профессии дефектолога.

В завершение лабораторного занятия преподаватель приводит слова Я. Корчака: «Вы говорите: «Дети нас утомляют». Вы - правы. Вы поясните: «Надо опускаться до их понятий. Опускаться, наклоняться, сгибаться, сжиматься». Ошибаетесь. Не от этого мы устаем. А оттого, что надо подниматься до их чувств. Подниматься, становиться на цыпочки, тянуться, чтобы не обидеть».

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Подберите 2-3 упражнения для детей старшего дошкольного возраста на развитие эмпатии и толерантности по отношению к детям с ОПФР.
2. Подберите 2-3 упражнения для детей младшего школьного возраста на развитие эмпатии и толерантности по отношению к детям с ОПФР.
3. Подберите 2-3 упражнения для детей среднего школьного возраста на развитие эмпатии и толерантности по отношению к детям с ОПФР.
4. Подберите 2-3 упражнения для взрослых людей (родителей, учителей) на развитие эмпатии и толерантности по отношению к детям с ОПФР.

Практическое занятие 3

Тема. Дихотомия «норма – патология» в современных науках о человеке

Цель: проанализировать житейские, философские, психологические представления о нормальном и патологическом развитии ребенка; составить схему основных условий нормального психического развития; определить основные подходы к пониманию проблемы «норма-патология».

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие «среднестатистическая норма», «функциональная норма».
2. Основные условия нормального психического развития (по А.Р. Лурии).
3. Основные подходы к решению проблемы «норма-патология»: интуитивно-эмпирический, частотный, культурально-релятивный, адаптационный, гуманистический, уровневый.
4. Дихотомия «норма-патология» с точки зрения уровневого подхода.
5. Сочетание нарушений психофизиологического, индивидуально-психологического и личностно-смыслового уровней при психическом недоразвитии, задержанном, поврежденном, дефицитарном, искаженном, дисгармоническом развитии.

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Основные условия нормального психического развития (по А.Р. Лурии).
2. Психология здоровья и современные представления о психическом здоровье.
3. Уровневая концепция в решении проблемы норма-патология.
4. Психологические и социальные аспекты инвалидности.

Практическое занятие 4

Тема. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии

Цель: проанализировать принципы и методы специальной психологии; определить специфику методов в специальной психологии в отличие от психологии развития; практиковаться в определении ведущих методов изучения ребенка с ОПФР.

Вопросы для обсуждения:

1. Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией: принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, генетический принцип. Понятие системогенеза.

2. Специфичные принципы специальной психологии: принцип комплексности, принцип системного структурно-динамического изучения, принцип качественного анализа, сравнительный принцип, принцип раннего диагностического изучения, принцип выявления и учета потенциальных возможностей ребенка, принцип единства диагностической и коррекционной помощи детям с ОПФР.

3. Анализ специфики методов специальной психологии (особенности наблюдения, самонаблюдения; беседа; тесты; особенности использования метода эксперимента; анкеты и опросы; метод анализа продуктов деятельности; анамнестический метод в процессе изучения различных форм нарушенного развития).

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Изучить предложенную схему психолого-педагогической характеристики и определить, какие методы специальной психологии необходимо использовать для ее составления. Полученные данные занести в таблицу.

2.

Содержание (что изучаем?)	Методы (как изучаем?)

Психолого-педагогическая характеристика ребенка дошкольного возраста – воспитанника учреждения дошкольного образования общего типа

(Шинкаренко, В. А. *Коррекционная работа с детьми с трудностями в обучении: учеб.-метод. комплекс/ В.А.Шинкаренко [электронный ресурс]. Режим доступа: http://ipk.bspu.unibel.by/umk/krsdto/lekcii_2pril.html. - Дата доступа 31.03.2011)*

Общие сведения о ребенке

Фамилия, имя, отчество.

Дата рождения.

Домашний адрес.

Образовательный маршрут (учреждения дошкольного образования, которые посещал ребенок, сроки пребывания в них, в какой группе обучается и воспитывается в настоящее время, получение коррекционно-педагогической и психологической помощи).

Условия воспитания в семье

Состав семьи.

Занятия родителей и других родственников, с которыми проживает ребенок.

Жилищно-бытовые условия семьи.

Особенности отношения к ребенку родителей и других родственников, с которыми он проживает.

Сотрудничество родителей и других родственников с учреждением дошкольного образования. Выявленные негативные особенности внутрисемейных отношений и другие факторы влияния семьи, осложняющие развитие ребенка.

Другие сведения, характеризующие влияние семьи на развитие ребенка.

Характеристика основных видов деятельности и усвоения программного материала

Общая осведомленность (владение представлениями и знаниями в рамках раздела «Я и мир вокруг меня»).

Игровая деятельность. Характер игровой деятельности как показатель уровня психического развития (по Н. А. Масюковой и Е. С. Слепович): игровая активность; играет один или в группе; инициативность в организации игры; игровые интересы и их характер; характер замысла (сюжета) игры; осмысление моделируемой действительности; характер игровых действий, их адекватность или неадекватность; характер функций замещения (особенности использования предметов-заместителей и принятия на себя роли); отношение к игрушке, адекватность ее использования.

Личностные проявления в процессе игровой деятельности (по Н.А.Масюковой и Е.С.Слепович): потребность в сверстнике как партнере в игре; личностные параметры, определяющие выбор партнера; стиль взаимоотношений в игре; лидирующее или подчиненное положение в игре; конфликтность (причины возникновения конфликтных ситуаций); характер реакций на успешность (неуспешность) в игровой деятельности; эмоциональный фон игры; устойчивость игровых объединений.

Особенности участия в игре, организованной воспитателем. Особенности самостоятельной игровой деятельности ребенка.

Изобразительная деятельность, конструирование, ручной труд: интерес к занятиям; владение изучаемыми приемами работы (рисования, лепки, аппликации, работы со строительными и другими материалами для конструирования, ручного труда); способность к овладению новыми приемами работы по подражанию (показу) и речевой инструкции; успешность принятия помощи в случае затруднений; владение выполнением предусмотренных программой заданий (например, конструированием по образцу, по рисунку, по условиям, по замыслу); занятия изобразительной деятельностью, конструированием, ручным трудом по собственной инициативе.

Музыкальная, художественно-речевая, театрально-художественная деятельность (интерес, достижения).

Физическая культура: отношение к утренней гимнастике, физкультурным занятиям и другим формам организованной и самостоятельной двигательной активности; состояние навыков ходьбы, бега, прыгания, бросания и ловли мяча, лазания, выполнения спортивных упражнений; владение техникой спортивных игр.

Самообслуживание и хозяйственно-бытовой труд: стремление ребенка к самостоятельности; соответствие умений возрастным нормативным показателям (указать умения, овладение которыми наиболее отстает от возрастной нормы).

Математическая подготовка: дочисловые количественные представления (сравнение множеств по количеству, преобразование множеств, сопоставление численности множеств, воспринимаемых различными анализаторами); количественные представления и счет (в рамках программного материала для детей старше 4-х лет); знания о величине, объемных формах и геометрических фигурах; ориентировка в пространстве и во времени.

Подготовка к обучению грамоте (для детей старше 5-ти лет): выделение слов из предложения и определение их последовательности; деление слова на слоги, определение их количества и последовательности; выделение в слове звуков и определение их последовательности, различение гласных и согласных звуков; знание букв, чтение.

Предпосылки учебной деятельности. Умения выполнять новые действия по показу, по словесной инструкции, по образцу. Умения ориентировки в задании, планирования, самоконтроля.

Ребенок в коллективе сверстников: потребность ребенка в социальных контактах со сверстниками; развитие коммуникативных и организационных умений; социометрический статус ребенка в системе межличностных отношений.

Индивидуальные особенности ребенка (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько). Темперамент ребенка. Факты поведения, позволяющие отнести его к одному из темпераментов. Способности ребенка. Общая одаренность. Специальные способности. К какому виду деятельности замечены склонности? Проявление творческих способностей (в каком виде, степень выраженности). Полоролевое развитие ребенка. Как протекает процесс половой идентификации? Какие черты характера проявляются наиболее выражено?

Личность дошкольника (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько). Характеристика мотивационно-потребностной сферы. Интересы, стремления, мечты, ценностные ориентации ребенка. Выражение потребности в самоутверждении, в признании и др. Депривацию (ограничение) каких потребностей переживает ребенок?

Эмоциональная сфера. Развитие высших чувств (нравственных, познавательных, эстетических), типичные формы их выражения по отношению к конкретным людям (сверстникам, педагогам и др.). Отношение к животным, растениям. Отношение к себе. Чувство гордости и стыда (степень выраженности; что вызывает эти чувства). Какие достижения, неудачи? Преобладающее настроение (довольный – недовольный, серьезный, спокойный – веселый, грустный вспыльчивый). Испытывает ли чувство неполноценности, неуверенность в себе.

Развитие воли. Умеет ли управлять своим поведением, чувствами? Настойчив ли, упрям, капризен? Отношение к трудностям.

Особенности познавательной деятельности ребенка

Сенсорное развитие (владение сенсорными эталонами, перцептивными действиями и др.) (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько). Художественное восприятие дошкольника (картины, сказки, музыка и др.). Развитие наблюдательности. Индивидуальные особенности в развитии сенсорики. Есть ли отклонения?

Развитие внимания (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько). Умение сосредоточиться, устойчивость внимания, объем, переключение и распределение внимания. Степень развития произвольного внимания. Какие средства использует для его организации? Какие предметы,

виды деятельности привлекают наибольшее внимание? Проявляется ли рассеянность? Предполагаемые причины ее.

Особенности памяти (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько): быстрота, точность и прочность, объем. Какой материал запоминается лучше всего? Развитие образной памяти. Уровень развития произвольного запоминания. Нарушения, отклонения в мнемической деятельности. Предполагаемые причины их.

Особенности мышления (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько). Познавательная активность ребенка, его вопросы взрослым. Развитие мыслительных операций. Характеристика понятий, суждений и умозаключений. Развитие наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления. Отклонения в умственном развитии, предполагаемые причины их.

Особенности речи. Предречевой и речевой анамнез. Артикуляционный аппарат (строение, моторика). Голосообразование и дыхание. Фонематический слух. Фонематический анализ и синтез. Звукопроизношение. Импрессивная речь. Словарь (количественная и качественная характеристика). Слоговая структура слова. Грамматический строй речи. Связная речь.

Развитие воображения (по Я. Л. Коломинскому, Е. А. Панько). Воссоздающее и творческое воображение. Особенности образов творческого воображения. В каких видах деятельности воображение проявляется наиболее заметно? Какие личностные качества, отклонения в психическом развитии проявляются в образах творческого воображения?

Педагогическое заключение: квалификация выявленных трудностей в усвоении программного материала (имеют тотальный характер или проявляются в рамках отдельных видов деятельности, при усвоении материала отдельных разделов программы; выраженность выявленных трудностей в сопоставлении с возрастными нормативными показателями развития игровой деятельности; продуктивных видов деятельности и т.д.; стойкость).

Психологическое заключение: психологический диагноз; психологическое обоснование выявленных трудностей в обучении.

3. Составление протокола наблюдения за ребенком младшего дошкольного возраста с ОПФР (нарушение определяет преподаватель) по теме «Общая координация движения и мелкая моторика».

4. Составление плана беседы с ребенком старшего дошкольного возраста с ОПФР (нарушение определяет преподаватель) на тему «Жизненный опыт».

2. Аргументируйте утверждение «Наблюдение требует подтверждения другими объективными методами исследования».

3. Составьте протокол наблюдения за ребенком младшего дошкольного возраста с ОПФР (нарушение определяет преподаватель) по теме «Общая координация движения и мелкая моторика».

4. Составьте план беседы с ребенком старшего дошкольного возраста с ОПФР (нарушение определяет преподаватель) на тему «Жизненный опыт».

Практическое занятие 5

Тема. Основные параметры дизонтогенеза.

Цель: формировать представления о феномене нарушенного развития при разных вариантах дизонтогенеза.

Материал для ознакомления.

Первый параметр связан с *функциональной локализацией нарушения*, которая делится на частную и общую. Частная функциональная локализация обуславливается дефицитностью отдельных психических функций – гнозиса, праксиса, речи и т.д. Общая функциональная локализация связана с нарушением регуляторных систем – подкорковых (снижается уровень бодрствования, психической активности, возникает патология влечений, элементарные эмоциональные расстройства) и корковых, обуславливающих дефекты интеллектуальной деятельности и сложных специфически человеческих эмоций.

Дисфункция регуляторных систем (общая функциональная локализация) влияет в той или иной степени на все стороны психического развития, нарушения частных функций более парциальны и могут компенсироваться сохранностью регуляторных и других частных систем.

Другими словами, функциональная локализация нарушения – это то место, куда попало воздействие патогенного фактора. Локализовалось в центре Вернике в коре головного мозга, будет сенсорная алалия. Разлилось поражение по всей коре, возникнет умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность). Произошла локализация нарушения в левом полушарии, пострадает вербализация и категоризация информации.

Второй параметр дизонтогенеза *связан со временем поражения* (фактор хроногенности). Чем раньше возникает то или иное нарушение, тем тяжелее его последствия для психического развития. Для детей более раннего возраста характерны явления недоразвития (например, при олигофрении), в то время как на более поздних этапах онтогенеза вероятнее всего преобладание повреждения и распада психических функций (например, при деменции).

Временной фактор имеет два аспекта. Во-первых, фактор хроногенности определяется не только возрастом, в котором у ребенка возникло нарушение, но и длительностью развития определенной функции. Чаще повреждаются функциональные системы с относительно коротким периодом развития, например функции с подкорковой локализацией, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано. Корковые функции имеют более длительный период развития и при раннем повреждении чаще либо стойко недоразвиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

Во-вторых, в период наиболее интенсивного развития (сензитивные периоды) психические функции характеризуются снижением уровня резистентности по отношению к воздействию патогенного фактора.

Если функция не формируется в сензитивный период, то это дисгармонизирует всю психику в целом. Одна скрипка вышла не вовремя, весь

оркестр играет неадекватно! Например, интеллектуальные отклонения у детей с недоразвитием речи. Речь вовремя не появляется (в союзе с восприятием в один год), к школе имеем картину умственной отсталости или ЗПР, поскольку восприятие, память развиваются как неречевые, не появляется предпосылка для развития наглядно-образного мышления как высшей психической функции.

Неустойчивость психических функций, характерная для сензитивного периода, может обусловить ее регресс – возврат на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального, так и стойкого характера. Например, к временной потере навыков опрятности, ходьбы может привести даже соматическое заболевание в раннем возрасте. Стойкий регресс – возврат к автономной речи при раннем детском аутизме.

Явления регресса следует дифференцировать от явлений распада, при которых происходит не снижение функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение.

Отставание в развитии часто носит неравномерный характер. При общем повреждении центральной нервной системы в первую очередь страдают те функции, которые находятся в сензитивном периоде, а следовательно – наиболее уязвимы и ранимы; затем поражаются функции, которые связаны с поврежденной. Таким образом, профиль психического развития ребенка с особенностями психофизического развития одновременно содержит сохраненные, поврежденные и задержанные в своем развитии функции.

Третий параметр дизонтогенеза – *характер и возрастная динамика формирования межфункциональных связей*. В современной психологии принято выделять три типа межфункциональных связей, которые являются одновременно и генетическими этапами интеграционных процессов разных компонентов психики. Первый тип связей свойственен ранним этапам онтогенеза, он характеризуется временной независимостью отдельных функций. Например, в первые месяцы жизни ребенок видит объекты, предметы, у него развивается зрительное восприятие, которое становится все более активным, появляется его константность; в тоже время развивается речь – ребенок агукает, гулит. Обе функции существуют автономно, не пересекаясь.

Второй тип называется ассоциативным, в основе которого лежат появления целостных межфункциональных комплексов на основе пространственно-временной близости. Например, в определенный промежуток развития восприятие и речь пересекаются, ребенок видит маму и произносит слово «мама». Появляется межфункциональный комплекс – восприятие становится речевым.

Третий тип – иерархический, наиболее сложный. Когда высшие уровни, реализующие работу более сложных функций, подчиняют себе низшие, связанные с действием элементарных психических процессов. В приведенном выше примере, восприятие, которое стало речевым, создает предпосылку для формирования наглядно-образного мышления.

В случаях отклонений в развитии часто наблюдаются нарушения в формировании межфункциональных связей. Отдельные элементы могут долгое

время оставаться в изолированном состоянии, которое своевременно не изменяется на отношения соподчинения. Изоляция оказывает тормозящее влияние на весь ход психического развития. Например, при интеллектуальной недостаточности, к трем годам речь остается в изолированном состоянии, восприятие не становится речевым, не появляется предпосылок для формирования наглядно-образного мышления, все более очевидным становятся проблемы в интеллектуальном развитии.

И. А. Шаповал так описывает специфику формирования межфункциональных связей при дизонтогенезе. Временная независимость функции превращается в ее изоляцию: сама функция стереотипизируется, закликивается в развитии. Например, при олигофрении с явлениями гидроцефалии могут быть хорошими механическая память и речь, но возможности их использования очень ограничены нарушением мышления: внешне богатая речь остается на уровне подражательной.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности ЦНС характеризуются повышенной инертностью, в результате возникает их патологическая фиксация. Ярче всего это проявляется в познавательной сфере в виде инертных стереотипов.

Больше всего страдает развитие сложных межфункциональных связей – иерархических координаций, что выражается в их недоразвитии, нестойкости, регрессе при малейших затруднениях. Например, дети с ЗПР, уже освоив устные простые счетные операции, при любом затруднении возвращаются к счету на пальцах.

Четвертый параметр дизонтогенеза определяется особенностями взаимосвязей между первичными и вторичными нарушениями, т.е. *структурой дефекта*. Е. С. Слепович дает следующее определение *психологической структуры дефекта* «система ядерных нарушений психики, задающих специфику и весь спектр частных проявлений определенного типа аномального развития или нарушений психики».

Таким образом, любое нарушение развития можно рассматривать с точки зрения его локализации, времени возникновения, характера и возрастной динамики межфункциональных связей, структуры дефекта. Метафорически это можно представить как четыре полочки в шкафу. Каждый вариант дизонтогенеза можно разложить на эти четыре составляющих. Например, при интеллектуальной недостаточности (олигофрении): функциональная локализация – общая; время возникновения приводит к явлениям недоразвития; долго преобладает этап временной независимости функций, что приводит к тормозящему влиянию на весь ход психического развития; структура дефекта состоит из первичного дефекта (инактивность психики), вторичного (нарушением психических функций в качестве высших), третичного (дезадаптация).

Структура нарушенного развития (дефекта)

Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л. С. Выготскому. «Знание психологической структуры дефекта может быть

использовано для осуществления дифференциальной диагностики отклонений в развитии, так как помогает отделить случайные или неспецифические особенности психической деятельности человека от существенных для характеристики данного типа отклоняющегося развития. Поскольку каждый тип аномального развития имеет свою особую структуру, то знание ее позволяет выявлять качественные, а не только количественные, различия между разными типами отклонений. Это важно, так как не всегда количественные показатели позволяют дифференцировать схожие по внешним проявлениям типы развития (например, задержку психического развития и норму). Кроме того, знание структуры дефекта позволяет сделать прогноз психического развития ребенка, оценить его возможности при определенных социальных условиях (обучения, воспитания, поддержки, коррекционной помощи). Практический смысл изучения психологической структуры дефекта состоит также в том, что она определяет основные мишени для психокоррекционного воздействия и специального образования. Без знания структуры нарушения развития психодиагностика становится симптоматической, ориентированной на фиксацию и описание лишь внешних или второстепенных особенностей психической деятельности, а психологическая помощь не учитывает характерные для данного типа отклоняющегося развития механизмы и закономерности» - пишет Е. С. Слепович [5, с. 28].

Структура дефекта состоит из первичного, вторичного и следующих порядков дефектов (нарушений). Приведем определения составляющих структуры дефекта, данные В. М. Сорокиным.

Первичные, или ядерные, нарушения представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора. Являются ядром, основой дефекта.

Данная проблема в специальной психологии в настоящее время требует детальной проработки, она сложна и неоднозначна. Существуют две точки зрения на структуру дефекта: 1) понятие «первичный дефект» рассматривается как нарушение, лежащее в основе клинической картины; 2) понятие «первичный дефект» рассматривается как первичное нарушение операции, психической функции.

В литературе встречаются указания на то, что первичными дефектами выступают органические поражения мозга и анализаторных систем. На самом деле, на наш взгляд, подобные нарушения не представляют собой явления психологического порядка и не могут включаться в структуру психологического анализа (М. В. Жигорева, А. М. Поляков, Е. С. Слепович, В. М. Сорокин, И. А. Шаповал и т.д.). Действительно, первичные нарушения непосредственно вытекают из биологического характера болезни. Однако в психологии речь идет о нарушениях в работе именно психических функций, а не их анатомо-физиологических предпосылок. Например, первичный дефект при нарушении слуха – выпадение или недостаточность слухового восприятия, а не отсутствие слуха!

Нарушенное развитие определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности. Наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка.

Вторичные, или системные, нарушения представляют собой обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной. Например, вторичным дефектом при нарушении слуха является нарушение речи, которая системно недоразвита (страдает и лексика, и фонетика, и грамматика, и семантика).

Подобные расстройства обладают большей степенью обратимости под влиянием коррекционных мероприятий, но исправление этих нарушений может быть весьма длительным и трудоемким, что не исключает в ряде случаев возможности спонтанного восстановления. Вторичные нарушения и сохранные функции являются основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия.

Наличие первичного нарушения автоматически не приводит к появлению вторичных отклонений, формирование которых связано с действием разнообразных механизмов. Одно и то же первичное нарушение с возрастом будет менять состав вторичных отклонений. Этим объясняются существенные различия в структуре последних при одном и том же ядерном расстройстве у людей разного возраста.

В результате сочетания первичных и вторичных нарушений формируется сложная картина нарушений, которая с одной стороны, индивидуальна у каждого ребенка, а с другой – имеет много сходных характеристик в пределах каждого типа дизонтогенеза. Это подтверждает реальная психодиагностическая практика. Не всегда легко обнаружить первичное нарушение и отделить его от вторичных, в силу того, что последние могут быть весьма выраженными и тем самым маскировать ядерные расстройства. В подобных случаях не исключена диагностическая ошибка, при которой вторичные отклонения принимаются за первичные. Следствием этого могут быть неверные рекомендации относительно характера и направления коррекционной работы.

Третичные, или неспецифические, нарушения – нарушения разных сторон психики, не имеющие непосредственных связей с первично поврежденной функцией. Иначе говоря, третичные нарушения рассматриваются в ряду индивидуально вариабельных признаков, необязательных для лиц с определенным типом дизонтогенеза, они неспецифичны для первичного дефекта. Например, третичным дефектом при умственной отсталости может быть дезадаптация, десоциализация. Учителя-дефектологи, педагоги-психологи работают над коррекцией вторичных нарушений, если все сделано правильно в содружестве с семьей и в максимально ранние сроки, то третичных нарушений можно (и нужно!) не допустить.

Сведений, позволяющих выстроить качественную структуру дефекта каждого нарушения, еще крайне недостаточно. «Вопрос об изучении психологической структуры дефекта при различных типах отклоняющегося развития для специальной психологии остается актуальным и слабо изученным.

Его важность сопряжена также с пониманием специфических закономерностей аномального развития» – отмечает Е. С. Слепович.

Ниже мы приведем предельно обобщенные структуры дефекта при разных вариантах дизонтогенеза, которые обнаружили в трудах Л. С. Выготского, М.В.Жигоревой, В. В. Лебединского, Е. С. Слепович.

Структура дефекта при умственной отсталости
(интеллектуальной недостаточности) по Л. С. Выготскому

Первичный дефект	Инактивность (бездеятельность)
Вторичный дефект	Нарушения психических функций в качестве высших
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Структура дефекта при нарушении слуха

Первичный дефект	Выключение или грубая недостаточность слухового восприятия
Вторичный дефект	Нарушения речи
Третичный дефект	Специфика мышления, специфика развития личности, дезадаптация

Структура дефекта при нарушениях зрения

Первичный дефект	Выключение или грубая недостаточность зрительного восприятия
Вторичный дефект	Недоразвитие психомоторики, нарушение пространственной ориентации
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Структура дефекта при ДЦП

Первичный дефект	Двигательные нарушения
Вторичный дефект	Нарушения восприятия (прежде всего зрительного и тактильного), нарушения речи, нарушения пространственного гнозиса и праксиса
Третичный дефект	Специфика развития личности и эмоционально-волевой сферы, дезадаптация

Структура дефекта при нарушениях речи

Первичный дефект	Речевые нарушения
Вторичный дефект	Задержка психического развития
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Структура дефекта при раннем детском аутизме (по В. В. Лебединскому)

Первичный дефект	Энергетическая недостаточность, нарушение инстинктивно-аффективной сферы, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным
------------------	--

	фоном ощущений
Вторичный дефект	Аутистические установки
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Структура дефекта при психопатии (по В. В. Лебединскому)

Первичный дефект	Нарушение констант темперамента
Вторичный дефект	Нарушение эмоционально- аффективной сферы
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Структура дефекта при задержке психического развития в старшем дошкольном возрасте (по Е. С. Слепович) включает следующие компоненты: недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности; трудности в оперировании в сфере образов-представлений (их диффузность, ригидность, конкретность); трудности в становлении всех видов знаково-символической деятельности. Эти особенности проявляются во всех сферах жизнедеятельности ребенка – игре, общении, речи, представлениях о себе, моральной регуляции поведения.

Данная структура дефекта несколько отличается от всех остальных, приведенных в данном пособии, поскольку она выстроена не по онтогенетическому принципу, а по принципу линейного среза (в данном случае в старшем дошкольном возрасте).

Понятие «тяжелые множественные физические и (или) психические нарушения»

– Два и более физических и (или) психических нарушения являются *множественными физическими и (или) психическими нарушениями*.

В настоящее время в системе специального образования возрос интерес к проблеме оказания помощи детям с множественными нарушениями развития. Термин «множественные нарушения» используется в разных странах, хотя называется по-разному: сложный дефект, сочетанные нарушения, комплексные нарушения, комбинированные нарушения, тяжелые и множественные нарушения и т.д. Объединяет их то, что обозначаются первичные нарушения у одного ребенка, например, слепоглухота (в отличие от термина слепоглухонемота, где «немотой» обозначено отсутствие речи у ребенка, вызванное глухотой, т.е. вторичный дефект). Ниже на рисунке схематически показана структура дефекта при множественном нарушении. Два первичных дефекта, два ядра (черные круги) на которые уже наматывается вторичное, далее третичное наложение.

– *Тяжелые физические и (или) психические нарушения* – физические и (или) психические нарушения, выраженные в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами специального образования является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получением элементарных трудовых навыков. Примером

тяжелого нарушения является глубокая, тяжелая, умеренная интеллектуальная недостаточность.

Термин «тяжелые множественные нарушения» – можно сконструировать из выше приведенных. *Тяжелые множественные физические и (или) психические нарушения* – два и более первичных физических и (или) психических нарушения, одно из которых выражено в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами специального образования является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получением элементарных трудовых навыков. Примером тяжелого множественного нарушения является тяжелая интеллектуальная недостаточность и ДЦП у одного человека. Ниже на рисунке схематически показана структура дефекта при тяжелом множественном нарушении.

План проведения:

1. Охарактеризуйте особенности отклонений в развитии в зависимости от функциональной локализации нарушения на примере одного из вариантов дизонтогенеза.
2. Охарактеризуйте особенности нарушенного развития в зависимости от времени повреждения на примере одного из вариантов дизонтогенеза.
3. Объясните влияние нарушений формирования межфункциональных связей на характер вторичных отклонений при дизонтогенезе.
4. Охарактеризуйте особенности нарушенного развития в зависимости от структуры дефекта.
5. Дайте определение структуры дефекта и ее составляющих. Проведите сравнительный анализ «первичных», «вторичных», «третичных» нарушений развития.
6. Проанализируйте структуру дефекта на примере дефицитарного развития.
7. Проанализируйте остальные структуры дефекта, определите причины сходства и различия, обоснуйте свой ответ.

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Культурно-историческая теория развития психики Л.С.Выготского и понимание сущности феномена нарушенного развития.
2. Личностные реакции на первичный дефект.

Практическое занятие 6

Тема. Механизмы формирования вторичных отклонений при дизонтогенезе

Цель: формировать представления о механизмах возникновения вторичных нарушений.

План проведения:

1. Вторичные нарушения (системные). Характеристика.
2. Базовый механизм. Примеры появления системных нарушений у детей с разными вариантами дизонтогенеза.
3. Коммуникативный механизм. Примеры появления системных нарушений у детей с разными вариантами дизонтогенеза.
4. Деятельностный механизм. Примеры появления системных нарушений у детей с разными вариантами дизонтогенеза.
5. Депривационный механизм. Примеры появления системных нарушений у детей с разными вариантами дизонтогенеза.

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Изучить источник:
Специальная психология : учеб. для акад. бакалавриата / Л. М. Шипицына [и др.] ; под ред. Л. М. Шипицыной. – М. : Юрайт, 2020. – 287 с.
2. Законспектировать §3.3 «Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии».
2. Составить компаративную таблицу «Механизмы формирования вторичных нарушений».

Практическое занятие 7

Тема. Особенности развития психики в условиях разных видов депривации

Цель: формировать представления о сущности депривационных феноменов; устанавливать связи между нарушениями психического развития и видом депривации.

План проведения:

1. Сущность депривационных феноменов.
2. Соотношение депривационных ситуаций и депривационных феноменов.
3. Прочитайте отрывок из книги Й. Лангмейера, З. Матейчика «Психическая депривация в детском возрасте». Сравните понятия «изоляция», «сепарация». В чем сходство и в чем различия?
4. Виды депривации. Определите виды депривации приведенные в отрывке из книги Й. Лангмейера, З. Матейчика «Психическая депривация в детском возрасте».
5. Синдром госпитализма и его основные проявления. Найдите в тексте 1 (приведен ниже) описание синдрома.
6. Депривация и дизонтогенез. Определите, какие варианты дизонтогенеза могут быть вызваны разными видами депривации. Составьте таблицу.
7. Предложите принципы профилактики депривационных явлений. Сравните их с имеющимися в литературе (текст 2).

Текст 1. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й.Лангмейер, З. Матейчик. - Прага, ЧССР: АВИЦЕНУМ, 1984. – С. 25-59.

«Психические потребности ребенка наилучшим образом удовлетворяются, несомненно, его ежедневным общением с естественной предметной и, в частности, общественной средой. Если по какой-либо причине ребенку препятствуют в подобном контакте, если он, следовательно, изолирован от стимулирующей среды, то он неизбежно страдает от недостатка стимулов. Подобная изоляция может отличаться различной степенью (крайней, например, у так наз. «волчьих» детей, частичной, например, у пастушков, проживающих длительное время в одиночестве со стадом, изоляция может приносить ограничение стимулов скорее по условиям предметной среды (например, ребенок, прикован к постели) или общественной среды (ребенок проживает с родителями в отдаленном уединенном месте) и может в различной мере сочетаться с иными факторами (например, сепарационными переживаниями при повторных помещениях в детские дома, с физическими лишениями при уединенной жизни в природе, с болезненными переживаниями и при содержании в больнице и т. п.).

При полной изоляции от человеческой среды в течение длительного периода можно предполагать, что основные психические потребности, которые с самого начала не удовлетворились, развиваться не будут, и что они останутся на совершенно первоначальном рудиментарном уровне. При менее совершенной изоляции задержка и нарушение развития потребностей будут менее выразительными, так что можно предположить наличие плавных переходов причин и последствий, начиная с крайней патологии и вплоть до нормы.

Изоляция, как это будет нами в дальнейшем показано, проходит через все социальные ситуации, при которых возникает депривация. В учреждениях с постоянной коллективной заботой ребенок изолирован от стимулов, приносимых жизнью в семье, и подвергается, в

большинстве случаев, определенной монотонии чувственных, а также социальных стимулов. При частичной коллективной заботе данная опасность хотя и бывает существенным образом пониженной, но не устраненной. Ныне, однако, на первый план выдвигается вопрос психологической изоляции ребенка в семье, где для него «не хватает времени», или где родители не способны эмоционально с ним сблизиться. Ребенок, проживающий в нормальной семейной обстановке, может быть и вместе с семьей изолирован от более широкого общества (например, семьи, проживающие в отдаленных уединенных местах, семьи переселенцев в чужой среде). Наконец, изоляция может произойти в результате чрезвычайных общественных обстоятельств (жизнь в концентрационном лагере, в тюрьме и т. п.).

Случаи крайней социальной изоляции

Действительно единственный случай совершенной, «чистой» депривации специфических человеческих потребностей представляют те ситуации, когда ребенок полностью или почти полностью вырастает без человеческого общества и культуры. Ребенок старшего возраста способен уже — как Робинзон Крузо — собственными силами обеспечить хотя бы свое существование и выжить в течение некоторого времени. Маленький ребенок зависит, однако, при удовлетворении своих биологических потребностей от чужой помощи, которая ему в этих особых случаях предоставляется в крайне ограниченной мере либо людьми, либо — как это предполагают — животными. Интерес представляют случаи покинутых, заблудившихся, одичавших или прямо «волчьих» детей давнего времени...

К. Линней в первом томе своей *Systema naturae* (1767) приводит десять случаев «дикого человека» (*Homo sapiens ferus*) с характерной триадой *mutus, tetrapus, hisutus* (немой, четвероногий, заросший волосами). С более позднего времени имеется критический обзор антрополога Блюменбаха (1811) и А. Робера (1885), затем данной проблематикой занимался профессор антропологии в Денвере Р. М. Зинг, который в своей работе (1940) приводит 31 относительно достоверный случай. Смотря по условиям, в которых ребенок вырастает, данные случаи можно классифицировать дальше: а) одичавшие дети, которые убежали или которых выгнали в дикую местность и которые там самостоятельно выжили; б) «волчьи» дети, которые были похищены и выжили с помощью домашних или диких животных; в) дети, которых кормили люди, но которые в остальном были изолированы от человеческого общества в большинстве случаев преступными или умалишенными родителями.

а) **Одичавшие дети.** Первое действительно научное сообщение об «одичавшем ребенке» касается «авейронского мальчика дикаря», который в 1799 году в возрасте 12 лет, был найден охотниками недалеко от Авейрона на юге Франции. Предполагалось, что он потерялся или убежал в леса и жил там как дикое существо, лазил по деревьям, питался лесными плодами, не говорил и отличался поведением животных. Врач и учитель глухонемых Жан Итар взял на себя перевоспитание мальчика, предприняв большие усилия, однако с малыми результатами: мальчик хотя и потерял вид и поведение животного, превратился в милого человека, однако обучился весьма малому числу слов и интеллектуально остался на весьма примитивном уровне. Дожил он до сорока лет. Выдающийся французский психиатр того времени Пинель объявил мальчика идиотом. Против этого имеется серьезное возражение, а именно то, что мальчик все же обладал достаточным интеллектом, чтобы поддержать свое существование в диком месте без чужой помощи....

б) **«Волчьи дети».** Доказано с достоверностью, что ребенок может вскармливаться домашним животным. Целый ряд сообщений о том, как ребенок учится сосать из козьего вымени и как животное начинает прибегать на крик голодного ребенка, свидетельствует о том, что ребенок может приспособиться к таким условиям. Еще Брюнинг (1908) сообщал об опытах, которые он производил с козами, вскармливающими детей в Лейпцигской детской клинике.

От данного факта уже только шаг к предположению, что грудной ребенок и ползунок могут выжить в природной дикой среде лишь при помощи животного. Чаще всего в качестве кормилиц и воспитательниц приводятся волчицы, иногда и медведицы, самки леопардов, дикие свиньи и др. Данный мотив можно найти в давних легендах: различных народов (Ромул

и Рем, Заратустра, Вольфдитрих и т. п.), а также в новейшей обработке (например, Маугли Кипплинга). В настоящее время появилось несколько таких сообщений, претендующих на аутентичность и научное значение.

Несомненно самым известным и лучше всего документированным является сообщение индусского миссионера А. Синха, которое обработали в 1940 году А. Гезелл, в 1942 году Р.М.Зинг и последним Ч. Мак-Лейн. При посещении деревни Годамури Синх узнал об каком-то особенном «человеческом духе», который запугивает все кругом и передвигается с группой волков. При более усиленных поисках ему удалось увидеть двух существ перед волчьим логовом с тремя взрослыми волками и двумя волчатами. Была предпринята специальная экспедиция, при этом два взрослых волка убежали, волчица, защищавшая волчат, была убита, а в логове были пойманы в сеть двое волчат и двое «волчьих детей». Младшая девочка (Амала) была в возрасте приблизительно 18 месяцев, старшая (Камала) приблизительно в возрасте 8 лет. По описанным физическим признакам, свидетельствующим о далеко идущем приспособлении к жизни в волчьем логове, Гезелл заключает, что дети жили в обществе волков приблизительно с шестимесячного возраста. Руки и кисти Камала использовала лишь для передвижения, хватательным органом остался рот. Бросались в глаза ее мощные плечи и крепкие ноги, на коленях, подошвах, локтях и ладонях имелись огромные мозоли — на четвереньках она бегала так быстро, что в свободном пространстве поймать ее было трудно. Кожа была исключительно чистой, волосы же слепились в мощный шар. В ноябре 1920 года священник Синх перевез их обеих в свой приют в Минднапур, где было предпринято систематическое перевоспитание, о чем он вел подробный дневник. Только голодом можно было принудить детей принимать в новой среде пищу, они пили из миски как животные.

Люди их приводили в ужас; ребенка, который к ним приблизился, Камала испугалась. Днем они спали, свернувшись в уголке, ночью, однако, оживали, рыскали кругом и регулярно, три раза в течение ночи «выли», совершенно как волки. Их голос, однако, не был «ни человеческим, ни звериным» и сначала пугал работников сиротского приюта. Иных звуков они не издавали, за исключением тех случаев, когда во время кормления приближался кто-либо из детей. Тогда Камала угрожающе ворчала и оскаливала зубы. В воспитании Амалы отмечался сравнительно быстрый прогресс, однако она умерла менее чем через год. Перевоспитание Камалы продвигалось весьма медленно и с затруднениями. После двух лет она произнесла первое слово, через два года ее словарь содержал 6 слов и только через 8 лет она начала говорить, произнося короткие простые фразы. Через три года она достигла стоячего положения, однако первые шаги без помощи были отмечены лишь после 6 лет перевоспитания. В это время она начала уже приемлемым образом включаться в детский коллектив, ей доверяли незначительное обслуживание и рабочие обязанности, причем ее эмоциональная жизнь стала сравнительно богатой. Она умерла от уремии после девятилетнего пребывания в приюте, т. е. приблизительно в 17-летнем возрасте.

Наиболее значительным явлением в данном случае Гезелл считает «медленную, однако равномерно и закономерно продвигающуюся регуляцию задержанного умственного развития». По его мнению, у Камалы далеко не были еще использованы все возможности для развития; предполагается, что ее развитие закончилось бы приблизительно бы в 35-летнем возрасте, когда она достигла бы умственного развития приблизительно 10-12-летних детей. Более быстро развивающаяся Амала достигла бы данного уровня приблизительно в 17-летнем возрасте....

в) **Каспар Гаузер.** Для клинической практики большой интерес представляют дети, вырастающие в течение определенного времени практически в социальной изоляции, которой их подвергли жестокие и, преобладающим образом, психопатические или психотические родители. Подобные случаи, конечно, также редки, однако время от времени они все же встречаются и, как правило, бывают лучше документированы. Классический случай представляет Каспар Гаузер, фигура, окутанная многими предположениями и попавшая даже в романы. Гаузер появился загадочно в Нюрнберге в 1828 году в возрасте около 17 лет. По своим более поздним высказываниям он был с раннего детства заперт в темном подвале, где

почти не видел людей — хлеб и воду клали возле него во время его сна. Он знал только одну непонятную фразу, которую непрестанно повторял; он был настолько слаб, что был едва способен сделать несколько шагов, однако умел подписываться именем Каспар Гаузер, под которым он был затем известен во всей Европе. Таким образом, определенная степень социального контакта при его пребывании в подвале была, вероятно, сохранена. Его перевоспитанием занялся выдающийся учитель Г. Ф. Даумер, который через 5 лет помог создать из мальчика с умственным уровнем приблизительно трехлетнего ребенка юношу, который свободно говорил, писал и даже знал немного латинский язык. В 1833 году он был ранен и вскоре умер. Осталось невыясненным, было ли это убийством или самоубийством. Гаузеровская литература весьма богата, существовало множество предположений (не был ли он законным наследником баденского трона, или может быть мошенником?), однако достоверных заключений весьма мало.

....У нас самих имелась не столь давно возможность ознакомиться с подобным случаем тяжелой социальной изоляции. Осенью 1971 года в одной семье было установлено, что у троих детей в возрасте 1,6, затем 2,4 и 5 лет 9 месяцев имеются признаки сильного недоедания, дети являются во всех отношениях запущенными, так что самый младший ребенок близок к смерти. В последнее время они питались главным образом тем, что им удавалось забрать из миски имевшейся по соседству собаки. Вмешательство медицинских работников буквально стало их спасением. Первое психологическое исследование через два месяца после приема в больницу показало весьма серьезную задержку их умственного развития, которое у двух младших детей отвечало имбецильности. Контрольное обследование спустя два месяца, когда детям оказывалась интенсивная помощь, показало уже выразительно прогрессивную тенденцию, так что можно было заключить, что задержка у детей была обусловлена тяжелой депривацией, а не врожденным дефектом. На основании этих обстоятельств детей можно было направить в «детский поселок», где они быстро адаптировались и у них отмечался дальнейший быстрый прогресс. Два старших ребенка после последующего полугода семейной воспитательной заботы подошли к границе среднего развития, тогда как самый младший и наиболее тяжело пострадавший ребенок еще долго отличался сильной задержкой. Эта девочка считалась неспособной к обучению, так что обсуждалась возможность ее направления в учреждение для умственно отсталых детей. Однако после двух лет семейной заботы в чете ком поселке ее развитие начало поразительно прогрессировать, установившись на уровне ниже среднего. В настоящее время (1980) она с хорошей успеваемостью посещает специальную школу....

Хотя сообщения о детях, частично или полностью социально изолированных, в большинстве своем менее точны, чем это было бы желательно, все же по ним можно сделать, по меньшей мере, некоторые вероятные заключения. Очевидно, социальная изоляция представляет самую тяжелую депривационную ситуацию. Ее последствия являются весьма тяжелыми. Психическое развитие ребенка сильно задержано, речь не развита вообще, а требующиеся социальные навыки не образовались. Ребенок выглядит в тяжелой степени слабоумным, причем нередко его за такого и принимают. Против врожденной олигофрении свидетельствует, однако, целый ряд обстоятельств: у детей, пребывавших в дикой природе — то, что они выжили, несмотря на все ее опасности, а у остальных детей — тот факт, что некоторые результаты их действий достигают сравнительно высокого, почти нормального уровня. Способность поправиться, очевидно, различна: у детей с самой тяжелой депривацией улучшение развития бывает весьма медленным и никогда не бывает полным, тогда как дети, которые поражены депривацией меньше, прогрессируют сначала также медленно, однако затем весьма быстро преодолевают свою отсталость. Нельзя, конечно, исключить влияния также иных факторов. Если не принимать во внимание наследственность и возможность органического повреждения ЦНС, то здесь может воздействовать недостаточное питание, травмы, заболевания, а у детей, которых запирают в подвалах, очевидно и сенсорная депривация. В тех случаях, где происходит улучшение развития интеллекта, сохраняются, однако, обычно серьезные нарушения личности: дети сначала боятся людей, позднее же

вступают с ними в непостоянные и недифференцированные отношения; бросается в глаза назойливость и неутолимая потребность «любви» и внимания; сексуальные проявления бывают либо аутистского характера, либо отличаются неконтролируемым и недифференцированным характером. Проявления чувств характеризуются также бедностью и нередко явной склонностью к острым аффектам (возбуждение на основе сенсаций, гнев, занятия спортом до изнеможения) и весьма низкой фрустрационной толерантностью. Чувства более высокого рода почти полностью отсутствуют, а моральная человеческая надстройка образуется, очевидно, лишь обрывочно и поверхностно. Наиболее типичные человеческие свойства не могут, по всей видимости, развиваться без влияния своевременного человеческого воспитания.

Случаи крайней социальной изоляции, которые нами до сих пор рассматривались, являются, конечно, сравнительно редкими. Они служат, скорее, как некая модель депривации, исходя из которой мы можем затем производить оценку последствий менее полной изоляции, сочетающейся в большей мере с иными факторами. ...

Одним фактором при возникновении психической депривации является, следовательно, недостаточное поступление стимулов — социальных, чувственных, но также сенсорных, что происходит, когда ребенок живет в ситуации «социальной изоляции».

Предполагается, что другим фактором при возникновении психической депривации является прекращение уже создавшейся связи между ребенком и его социальной средой. Подобная ситуация возникает скорее всего при оторванности ребенка от тех лиц, которые до сих пор являлись для него источником эмоционального удовлетворения. Боулби (1951) наиболее четко, по-видимому, высказал предположение, что долговременная разлука ребенка с матерью или с иным лицом, занимающим ее место, в первые три — пять лет жизни приводит, как правило, к нарушению психического здоровья ребенка, оставляя последствия, которые можно постоянно наблюдать во всем дальнейшем развитии его личности. Так в психологию было введено понятие сепарация в качестве патогенного и исключительно важного обстоятельства.

Мы сами определяем сепарацию как ситуацию, при которой происходит прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой.

Здесь мы исходим из представления, что биологическая «зависимость» ребенка от матери только в течение грудного возраста превращается в эмоциональную зависимость и что сепарация будет для его дальнейшего психического развития представлять наибольшую опасность в период, когда данная зависимость уже полностью развилась. До этого времени можно и так наз. социальные стимулы относить к стимулам вещественной среды, причем реакция ребенка на прекращение контакта с подобными стимулами не выходит за рамки реакций на изменение среды. Лишь после образования указанной связи реакция приобретает особый характер.

Одновременно следует, однако, считаться с как раз обратными тенденциями развития, т. е. с развитием независимости и определенной автономии ребенка. Дело в том, что ребенок в естественном процессе развития «сепарируется» — постепенно освобождается от тесной зависимости от матери, начинает вести себя все более самостоятельно, отдаляется от нее и на более длительное время, вступает во все более разнообразные общественные области. Данная постепенная сепарация представляет очевидное условие его социального созревания, его самореализации и, наконец, его психического здоровья. Что делает, однако, социальную сепарацию опасной и патогенной, так это несоразмерность по времени, или лучше сказать, несоразмерность развития — преждевременность. Если ребенок школьного возраста временно разлучен с семьей, то это может укрепить его развитие к самостоятельности в положительном смысле. Опасно, однако, если сепарация происходит во время, когда ребенок находится еще в сильной зависимости от матери или от кого бы то ни было другого, и если сепарационная активность исходит не из него, а из жизненных обстоятельств, лежащих вне границ его понимания — если ребенок данной ситуацией внутренне «застигнут врасплох», причем по своему развитию он к ней неподготовлен.

.....В депривации нами усматривается определенное состояние психики, тогда как в сепарации — так же как в изоляции — определенная внешняя ситуация, которая может представлять, но не обязательно, депривационный фактор. Сепарация бывает нередко в самом начале процесса, в ходе которого депривация возникает, однако она не является самим этим процессом и не представляет, также, его необходимого условия. Несомненно, существует депривация без фактической разлуки ребенка с матерью и с привычной социальной средой. С другой стороны, без сомнения происходит множество сепараций, а иногда и на длительное время, которые не приводят к депривации....

Сепарация может быть внезапной и постепенной, полной и частичной, короткой или длительной. Она может иметь также более или менее травмирующее действие и приводить в большей или меньшей мере в действие механизмы фрустрации, посредством которых ребенок справляется с ситуацией, где его потребность эмоционального контакта с лицами, составляющими его социальную среду, не может быть удовлетворена из-за непреодолимого препятствия, которое в данном случае представляет физическая разлука.

Так как речь идет о нарушении «взаимного» контакта, то сепарация оказывает влияние не только на самого ребенка. Также мать и отец переживают фрустрацию своей потребности быть с ребенком, помогать ему, защищать его и т. п. С их стороны также следует предполагать наличие сепарационной тревожности, которая их сопровождает в их жизненных ситуациях, где они находятся без ребенка (работа, учеба, отъезд за границу, интернирование, госпитализация и т. п.). Поведение ребенка при сепарации воздействует на позиции, занимаемые матерью и отцом, а также на их поведение, а их поведение, наоборот, будет непременно отражаться в способе, каким сепарацию переживает ребенок и как он на нее реагирует.

Далее следует считаться с компенсаторным влиянием остальных членов семьи и более расширенного общества. Вез сомнения, значение имеет весь общественный фон, на котором происходит индивидуальная сепарация. В нашем обществе частые сепарации представляют совершенно обычное явление, например, при высокой занятости женщин, данный факт будет воздействовать на отношения, занимаемые матерью и ребенком, а также станет побуждением для поиска средств — как избежать сепарации, как ее ослабить, как обеспечить замещающую заботу и т. д.

Если сепарация продолжается длительное время, то она переходит иногда в ситуацию социальной изоляции, как мы об этом упоминали в предшествующей главе. Подобно изоляции, она проходит практически через все социальные ситуации, где может возникать депривация. Так например, ребенок, поступающий в детский дом, непременно находится в разлуке с семьей. Однако определенную форму сепарации ребенок переживает и при переходе из одного учреждения в другое, из одного отделения в другое, а также при всякой смене персонала. Подобным образом дело обстоит и при каждом помещении в больницу и везде, где происходит чередование воспитательной заботы (т. е. там, где сочетается забота в семье с заботой в яслях, в детском саду, в школе, в школе продленного дня и т. п.). Но ведь ребенок может переживать психическую сепарацию также иногда, когда он остается в семье (например, при рождении младшего брата или сестры, либо когда мать или кто-нибудь другой из воспитателей уходит из семьи и т. п.). Может случиться, однако, что ребенок подвергается сепарации от остального общества вместе со всей семьей, что может быть на основании экономических, социокультурных или психологических причин (например, семьи с низким экономическим или культурным уровнем, асоциальные семьи, или, наоборот, семьи так наз. «привилегированных лиц», семьи переселенцев, членов некоторых сект, людей, подвергшихся по самым различным причинам дискриминации и т. д.). Исследовательские психологические работы здесь тесно соприкасаются с социологическими и следованиями. Наконец, сепарация играет значительную роль также там, где говорят о чрезвычайных ситуациях, вызванных природными катастрофами (наводнения, землетрясения и т. п.), или общественными (войны, революции и т. и.) событиями.

.....

Временная разлука ребенка, характеризующегося различными невротическими проявлениями (анорексия, энурез, разные неопределенные жалобы), с родителями уже давно используется в качестве терапии, которая — несмотря на имеющиеся возражения — бывает, бесспорно, действенной. Временное содержание в больнице, в здравнице и т. п. нередко представляет первый шаг к реадaptации, на основании которой могут затем лучше проводиться дальнейшие вмешательства. От остальных больных, которые при пребывании в больнице мечтают о возвращении домой и жадно подсчитывают оставшиеся дни, эти дети заметно отличаются своей незаинтересованностью домом, причем сознательно и полусознательно они отвергают возвращение. В больнице они быстро избавляются от своих затруднений, которые, однако, появляются снова, как только дети слышат лишь намек на возвращение домой. Довольно часто, однако не всегда, речь идет о детях из плохих социальноэкономических условий, физически запущенных, плохо питавшихся, которых родители дома перегружают работой, а в остальном ими особенно не интересуются. Хотя преобладающим образом это дети уже старшего возраста, бывают также и дети дошкольного возраста...

В целом влияние сепарации на развитие ребенка надо понимать, следовательно, всегда в рамках взаимодействия родителей и детей в семье, где ребенок не является лишь пассивной жертвой, но также активно и своеобразно реагирующим элементом. Нарушение взаимных связей между всеми членами семьи, причем безразлично, сопровождается оно сепарациями или нет, имеет серьезное депривационное влияние, т. е. препятствует ребенку в удовлетворении его основных психических потребностей. В отличие от этого хорошие связи хотя бы с одним из родителей могут уменьшить неблагоприятное воздействие разложения семьи и возможных сепараций.

Непосредственные наблюдения за сепарационными реакциями

Наиболее частыми жизненными ситуациями, когда ребенка в раннем возрасте отрывают от семьи являются следующие обстоятельства: выписка матери, до сих пор кормившей ребенка, из учреждения для грудных детей; помещение ребенка из семьи в больницу или в санаторий, в детдом или в недельные ясли; уход матери или отца из дома по причине болезни, развода, службы в армии, эвакуации; смерть кого-нибудь из родителей и т. д. Здесь будут нами рассматриваться, главным образом, первые две ситуации, которые тесно связаны с заботой, предоставляемой в учреждениях. ...

Реакция на уход матери у ребенка в грудном возрасте

Исключительно тяжелые реакции детей на уход матери, которая до сих пор заботилась о своем ребенке в учреждении, описали Шпиц и Волф в качестве так наз. синдрома «анаклитической депрессии». Дети, бывшие до этого времени улыбчивыми, милыми, спонтанно активными и находившиеся в дружеском, свободном общении с окружающей средой, становятся весьма заметно плаксивыми, грустными или боязливыми, при попытке общения они отчаянно прижимаются к взрослому, требуют внимания, перестают активно играть. В последующий период углубляется скверное настроение и раздражимость ребенка. Постепенно исчезает плаксивость и углубляется уход ребенка от окружающего: ребенок лежит в постельке отвернувшись или в патогномической позиции на животе. Апатия и аутизм в дальнейшем развитии возрастают, ребенок приобретает оцепеневшее «замерзшее» или меланхоличное выражение, он сидит или лежит в течение долгих часов неподвижно с широко раскрытыми глазами, летаргически, как бы не воспринимая окружающего. Иногда присоединяются «автоэротические» активности. Общение с ребенком становится все более трудным и, наконец, невозможным. Если не возникает какое-либо подходящее внешнее вмешательство, то состояние далее углубляется вплоть до определенного момента, когда оно превращается в необратимое, в переход в типичный синдром госпитализма, в некоторых случаях доходящий до ступорозной кататонии или ажитированной идиотии. Коэффициент развития непрестанно снижается, ребенок теряет также в весе, появляется бессонница и заметно повышенная склонность к инфекциям и к экземам. Синдром возникает обычно в период между 6 и 11 месяцами; он связан с внезапным уходом матери, которая до этого

времени любовно заботилась о ребенке, и начинает обычно бросаться в глаза спустя 4—6 недель после сепарации. Шпиц никогда не наблюдал данного синдрома у ребенка, у которого мать оставалась, однако он его не отмечал также во всех случаях ухода матери. Из всех находившихся под наблюдением 123 детей данный синдром проявлялся в выраженной форме у 19 детей, в менее выраженной — у 26 детей. Проявится ли синдром и как он проявится — это зависит, как полагает Шпиц, от факта получения ребенком пригодной замены, а также от того, каковы были отношения матери и ребенка до ее ухода (ребенок со слишком интенсивной связью с матерью переносит разлуку намного хуже, чем ребенок с поверхностной связью). Синдром уже в своем начале отличается от простой нормальной тревожности, которую проявляют дети в возрасте около 8 месяцев при появлении незнакомого человека и которую при правильном подходе можно сравнительно быстро преодолеть. Во многих отношениях описанный синдром схож с депрессией взрослых, а так как он связан с разрывом примитивных социальных связей ребенка Шпиц называет этот синдром анаклитической депрессией. Хотя синдром после возвращения матери быстро редуцируется (нередко с драматическим возрастанием коэффициента развития), все же нет уверенности, что некоторые последствия не сохраняются и в дальнейшем...

Реакции на помещение в учреждение у детей ползункового возраста

За реакцией на разлуку с семьей у детей на второй год жизни вели наблюдения французские и английские авторы, работающие в координировании под защитой Centre International de l'Enfance. Исследовательницы Рудиноско, Давид и Никола (1952) вели подробные наблюдения за 20 детьми в возрасте 12-17 месяцев, разлученными со своими родителями и содержащимися в приемном отделении, где они оставались приблизительно 15 дней. Хотя некоторые дети и оставались сначала незатронутыми данным переживанием, были веселыми и шаловливыми, однако это было лишь временное поведение: все дети доходили до момента, когда это их равновесие рушилось и когда у них проявлялись признаки явного «отчаяния». Между прочим, некоторые дети с самого начала сильно плакали или занимали выжидающую позицию с удрученным и напряженным выражением. Полностью развившиеся нарушения проявлялись различными признаками (нарушением аппетита, апатией к игрушкам, неприязнью к остальным детям, неустойчивостью настроения и, по-видимому, также некоторыми соматическими нарушениями), однако самым существенным здесь и представляется нарушение отношения ребенка к взрослым, которые за ним ухаживают. Дети либо игнорируют взрослого, либо активно отвергают его попытки к общению, либо отчаянно бросаются, «вешаются» на каждого и требуют его постоянного присутствия. Разнообразие данных реакций во время наибольшей зависимости ребенка от матери определяется, по-видимому, двумя факторами: потребностью присутствия взрослого как источника уверенности и опоры, а также страхом перед чужими людьми. Дети, достигшие уже в какой-то степени независимости (которые, например, привыкли, что о них заботятся также иные лица, кроме матери), приспособляются сравнительно легче. Реакции ребенка вызывают отклик у взрослого (нетерпение, отказ), а это снова воздействует на развитие различных нарушений у ребенка...

Каждый нормальный ребенок, в возрасте одного-двух лет впервые разлученный со своими родителями, отличается признаками подавленности, формы которой находятся и зависимости от многих обстоятельств, прежде всего от степени существующей зависимости ребенка от родителей и от качества замещающей заботы. Какой бы формы подавленность ни была, она все же всегда бывает снижена с трудностями при установлении связей с людьми и поэтому она сопровождается также психомоторной регрессией и нарушениями поведения. Возвращение домой, никоим образом, не означает моментального исчезновения данных нарушений, длительно сохраняются тревожность и излишняя чувствительность ко всякому, даже совершенно незначительному, изменению жизненной ситуации. Если отсутствие материнской заботы продолжается долго, то данные нарушения возрастают и приобретают более серьезные формы (нарушения поведения, сильная задержка развития, невроты страха, или даже психотические состояния аутистского типа), которые во всей их пестроте

обнаруживаются у детей, содержащихся в учреждениях. Острый ток сепарации переходит таким образом в действительную депривацию, которая стойко поражает способность ребенка устанавливать межличностные связи со всеми последствиями, вытекающими для его будущей судьбы на работе, в любви, при выполнении родительских обязанностей...

Реакции ребенка на возвращение в семью

Если разлука ребенка с матерью и отрыв от семейной среды действительно сопровождаются чрезвычайным психическим состоянием, то можно предположить, что и возвращение в семью вызовет в поведении ребенка определенный, бросающийся в глаза отклик. Чем больше поведение такого ребенка будет выходить за рамки обычной адаптации на изменение среды, тем характернее и проще будет картина данного поведения, тем скорее мы сможем обоснованно заключить, что предшествующая сепарация вызвала «анормальное» психическое состояние. Представляется, что имеющийся клинический опыт и данные некоторых исследовательских работ такие выводы подтверждают.

Реакция на возвращение зависит в понимании Робертсона от того, в какой именно фазе сепарационного поведения ребенок находился. Этот автор проводил наблюдения за некоторыми детьми после возвращения из больницы обратно в семью. Те дети, которые не достигли еще фазы «отвлечения» и в особенности те, которые еще явно находились в фазе активного протеста, проявляли после возвращения сепарационную тревожность. Они льнули к матерям сильнее, чем раньше, следовали за ними повсюду, куда они только направлялись, и впадали в тревожные опасения, если хотя бы на короткое время им приходилось с ними расстаться. Данная картина являлась типичной там, где до разлуки между ребенком и матерью имелись хорошие отношения и где разлука была лишь кратковременной. У некоторых детей данное поведение с тревожными опасениями проявлялось лишь непосредственно после возвращения, у других оно возникало только после определенного периода, в течение которого ребенок казался «отчужденным» или прямо «отвергающим» мать. Если предшествующая разлука была короткой, то поведение с тревожными опасениями исчезало, как правило, в течение нескольких недель. Оно появлялось, однако, снова во всех случаях, когда угрожала новая опасность сепарации. Если разлука продолжалась дольше 6 месяцев, а у ребенка далее не было в больнице замещающей материнской заботы, и он уже достиг стадии «отвлечения», то после возвращения у него уже не проявляется описанное поведение с тревожными опасениями, и он не способен нормально сблизиться с матерью...».

Текст 2. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й.Лангмейер, З. Матейчик. - Прага, ЧССР: АВИЦЕНУМ, 1984. – С. 283-284.

Общие принципы предупреждения

«Общая предупредительная программа, исходящая из концепции психической депривации, должна отвечать, по крайней мере, четырем требованиям:

Во-первых, необходимо обеспечить, чтобы **к детям поступали стимулы из внешней жизненной среды в надлежащем количестве, качестве, сгруппированности и временной последовательности**. Необходимо затем, чтобы ЦНС была соответственно настроена для приема и обработки этих стимулов, находилась в соответствующем состоянии бодрствования и чтобы динамика первых процессов поддерживалась на оптимальном уровне. От этого будет зависеть общая мера активности ребенка, определяющая в дальнейшем как его способность приобретать новые познания, так и его способность справляться с жизненными «нагрузками». Таким образом, организм нельзя стимулами ни недосыщать, ни пресыщать, ни снабжать слишком односторонне. В принципе надо требовать, чтобы стимулы соответствовали степени развития ребенка, так как поздняя, равно как и преждевременная стимуляция мало эффективны, а иногда даже прямо вредны. Стимуляцию необходимо приспособить также к текущему состоянию высшей нервной деятельности ребенка, меняющемуся на протяжении дня по отношению ко сну, питанию и многим другим факторам (Кох, 1961).

Во-вторых, необходимо следить за тем, **чтобы ребенку были обеспечены условия для учения уже на самом элементарном уровне.** Это означает, что поступающие стимулы должны иметь для ребенка «значение», чтобы он мог включить их в систему своих переживаний и познаний. Они должны иметь, «подкрепляющее» значение, прежде всего в области желательного поведения. Для этого, конечно, требуется определенное постоянство окружающей среды, а в последней в первую очередь определенное постоянство в составе взрослых лиц, которые ребенком занимаются. Только те, кто ребенка на основе каждодневного контакта близко знают, могут осознавать его индивидуальные потребности, включая потребность зависимости от любого человека.

В-третьих, **необходимо создать условия для развития положительных, стойких взаимоотношений между ребенком и его первыми воспитателями, средой его дома и, наконец, и более широкой общественной и предметной обстановкой.** Основой воспитания является не только механическое формирование навыков. Наоборот, эмоциональнее взаимоотношения, связывающие ребенка и взрослого, являются, видимо, тем самым «организатором», придающим структурам навыков смысл и динамику. Различная, профессиональная, исключительно научная позиция не эффективна и в работе с детьми школьного возраста — в воспитании маленьких детей она вредна. Сухие книжные приемы, кем бы они ни были утверждены, не могут заместить мотивационной эффективности положительной эмоциональной позиции тех, кто ребенка любят.

В-четвертых, **необходимо облегчить ребенку включение в общество, для того чтобы он мог усвоить адекватные социальные роли,** обуславливающие впоследствии возможности «взрослой» общественной жизни. Это означает создание условий для того, чтобы ребенок не только знакомился с отдельными общественными ролями на уровне семьи, но и сам мог проявляться в своей среде все более зрелым образом. С возрастом это приводит к расширению общественных кругов за границы семьи, в группы сверстников, в школу, на место работы и т. д.».

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Проблема депривации в клинической и специальной психологии.
2. Синдром госпитализма.

Практическое занятие 8

Тема. Защитные механизмы и копинг-стратегии

Цель: формировать представления о защитных механизмах и копинг-стратегиях.

План проведения:

1. Сущность понятия «психологическая защита».
2. Понятие «копинг-стратегии».
3. Использование психологических защит и копинг-стратегий у лиц с разными вариантами дизонтогенеза.

Материал для изучения

Психологический уровень компенсации связан с работой защитных механизмов и копинг-стратегий поведения.

Психологическая защита, по определению Р. М. Грановской, – «это специальная система стабилизации личности, направленная, на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта» (Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб., 2000, с. 19). Механизмы психологической защиты по большей мере относятся к бессознательной активности. Это вытеснение, подавление, идентификация, проекция, регрессия, сублимация, рационализация, катарсис и многие другие. Будучи плохо осознаваемы, они весьма избирательны в зависимости от характера проблемной ситуации и от личностных особенностей человека. Кроме того, механизмы защиты способны содействовать как адаптации, так и дезадаптации индивида. В последнем случае речь идет о фиксации одного и того же защитного механизма, независимо от складывающейся внешней ситуации.

Копинг-стратегии представляют собой сознательные усилия личности, предпринимаемые для совладания со стрессовыми ситуациями, порождающими тревогу. В реальном повседневном поведении человека, пытающегося решить ту или иную проблемную ситуацию, как правило, различные защитные механизмы комбинируются с разными вариантами копинг-стратегий. Последние крайне многообразны, но легко укладываются в три основных типа – разрешение проблемы, поиск социальной поддержки и избегание – уход от необходимости самостоятельного решения. Выбор конкретного типа стратегии обусловлен объективными обстоятельствами проблемной ситуации. Но он также во многом зависит от личностных особенностей индивида, от направленности личности, характера ценностных ориентации, системы социальных установок и отношения к себе, окружающим и в особенности к своему нарушению.

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Проблема психологических защит в специальной и клинической психологии.
2. Использование копинг-стратегий лицами с разными вариантами дизонтогенеза.
3. Роль чувства неполноценности в патологическом формировании личности.

Практическое занятие 9

Тема. Характеристика семей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития

Цель: проанализировать характеристики отношения семей к ребенку с особенностями психофизического развития; определить социально-психологические проблемы, с которыми сталкивается такая семья.

План проведения:

1. Психологическая реальность ребенка с нарушениями в развитии: устойчивые (семья), изменчивые (совокупность социальных структур) параметры, оказывающие влияние на его поведение и развитие.

2. Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипицыной). Качественные изменения семьи «особого» ребенка, происходящие на психологическом, соматическом, социальном уровнях.

3. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С.Соммерсу).

4. Позитивные и негативные психологические аспекты совместного образования нормально развивающихся детей и детей с особенностями в развитии.

Материал для изучения

Все семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, характеризуются следующими признаками (по Л.М. Шипицыной):

- родители испытывают нервно-психическую и физическую перегрузку, тревогу за перспективы ребенка;
- поведение ребенка в той или иной степени не отвечает ожиданиям родителей, вызывая у них раздражение, горечь, неудовлетворение;
- внутрисемейные, в том числе супружеские, отношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается;
- в семье возникает психологический конфликт как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению ребенка.

Отношение родителей к ребенку с отклонением в развитии (по В.С.Соммерсу)

Отношение	Реакция на дефект	Схема поведения
Принятие ребенка и его дефекта	Родитель принимает дефект своего ребенка, объективно его воспринимает, адекватно оценивает и проявляет настоящую преданность ребенку	Родители не испытывают чувства вины или неприязни к ребенку. Главным девизом считается: «Необходимо достигнуть как можно большего там, где это возможно». В большинстве случаев вера в собственные силы и способности ребенка дает родителям душевную силу и поддержку

Реакция отрицания	Отрицается, что у ребенка имеется дефект, что ребенок аномальный, что его дефект оказывает эмоциональное воздействие на них	Планы относительно образования и профессии ребенка свидетельствуют о том, что никакие ограничения не принимаются и не признаются. Ребенка воспитывают в духе честолюбия, родители настаивают на высокой успешности его деятельности
Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки	Родителей переполняет чувство жалости и сочувствия, они защищают ребенка от всех опасностей	Мать проявляет чрезмерную любовь, родители стараются всё сделать для ребенка и за него; поэтому он может долго, а иногда всю жизнь находиться на инфантильном уровне. У него формируются пассивность, несамостоятельность, психическая и социальная незрелость
Скрытое отречение, отвержение ребенка	Дефект считается позором	Отрицательное отношение и отвращение к ребенку скрываются за чрезмерно заботливым, предупредительным, внимательным воспитанием. Родители педантично стараются быть хорошей матерью и отцом
Открытое отречение, отвержение ребенка	Ребенок открыто принимается с отвращением, и родитель полностью осознает свои враждебные чувства к нему	Для обоснования враждебных чувств и преодоления чувства вины за них родитель использует психологическую защиту. Общество, врач или учителя оказываются виноватыми во всех бедах. Родитель чужой виной обосновывает свою враждебность и испытывает от этого облегчение

Темы докладов и рефератов, задания для самостоятельной работы:

1. Плюсы и минусы интегрированного обучения и воспитания для семей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития.

Практическое занятие 10

Тема. Категориальный аппарат специальной психологии

Цель: освоение студентами понятийного аппарата дисциплины.

Задание: выучить определения, уметь объяснить их суть, проиллюстрировать примерами.

Форма контроля: коллоквиум.

Словарь терминов

1.	Абилитация	система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах.
2.	Адаптация психологическая	процесс приспособления личности к существованию в обществе с соответствующими социальными требованиями.
3.	Высшие психические функции	сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, опосредованные по психологическому строению и произвольные по способу своего осуществления.
4.	Дезадаптация	характеризуется поломкой, нарушением сформировавшихся адаптационных механизмов вследствие изменений социальной ситуации индивида или возникших нарушений здоровья.
5.	Депривация	психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения в удовлетворении в достаточной мере потребностей, необходимых для полноценной жизни и развития.
6.	Дети с ОПФР	дети с особенностями психофизического развития - те, у кого в силу физических или психических дефектов имеются определенные нарушения в приеме, переработке и использовании информации, получаемой от окружающего мира.
7.	Дефект органический	повреждение, отсутствие или недоразвитие какого-либо органа, его части или тканей.
8.	Дефект функциональный	нарушение функций органа или общих функций организма без какого-либо нарушения их материального субстрата (самого органа).
9.	Дефект-центризм	сложный установочный феномен, приводящий к смещению возрастных и индивидуальных характеристик действий ребенка с клиническими симптомами.
10.	Дизонтогенез	общее название различных вариантов нарушений в психическом развитии. Синонимами могут считаться такие понятия, как отклоняющееся развитие, нестандартное развитие, устар. аномальное развитие.
11.	Компенсация	возмещение, выравнивание, развитие нарушенных или недоразвитых функций, перестройка сохранных функций для замещения нарушенных; приобретение в обучении и воспитании способов деятельности и поведения, способствующих социальной адаптации и интеграции.
12.	Коррекция	система психолого-педагогических мер, направленных на исправление, ослабление или сглаживание недостатков психофизического развития ребенка.

13.	Множественные физические и (или) психические нарушения	– два и более физических и (или) психических нарушений, подтвержденных в порядке, установленном законодательством.
14.	Нарушения первичные (ядерные)	мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора.
15.	Нарушения вторичные (системные)	обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной.
16.	Нарушения третичные (неспецифические)	нарушения разных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией.
17.	Патогенная ситуация	ситуация, способной спровоцировать те или иные отклонения в развитии, если сила ее воздействия превышает компенсаторные возможности индивида.
18.	Реабилитация	система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных, инвалидов, лиц, перенесших заболевание.
19.	Системогенез	процесс последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонения.
20.	Социализация	двусторонний процесс усвоения индивидом социального опыта общества, к которому он принадлежит, и активного воспроизводства и наращивания им систем социальных связей и отношений, в которых он развивается.
21.	Структура нарушенного развития	особенности взаимосвязей между первичными, вторичными и следующими порядками нарушений.
22.	Тяжелые физические и (или) психические нарушения	физические и (или) психические нарушения, подтвержденные в порядке, установленном законодательством, выраженные в такой степени что получение образования в соответствии с образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получения элементарных трудовых навыков и элементарной профессиональной подготовки.
23.	Физическое и (или) психическое нарушение	отклонение от нормы, ограничивающее социальную деятельность и подтвержденное в порядке, установленном законодательством.

Практическое занятие 11

Тема. *Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии и поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации*

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с психическим недоразвитием.

План проведения:

1. Особенности познавательной деятельности лиц с психическим недоразвитием и поврежденным развитием.
2. Особенности личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии и поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации
3. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

(Варианты 1-3 характеристик взяты из книги Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – М. : Изд-во «Книголюб», 2012. – 152 с.).

Вариант 1. Контакт со взрослым в процессе исследования носит нестабильный либо формальный, поверхностный характер. Ребенок безразличен к ситуации обследования. К одобрению равнодушен. Эмоционально индифферентен в процессе обследования.

Общение реактивное, коммуникативная направленность речи резко снижена. Характерна низкая мотивация к выполнению практически всех заданий, быстрая утрата интереса к заданию в случае малейшей неудачи. Инструкция либо не понимается (в случае незнакомых заданий), либо теряется из-за низкой концентрации внимания и низкой работоспособности. Деятельность характеризуется трудностями переключения, малопродуктивным поиском решения, зачастую бесцельна и хаотична, требуется значительная помощь для ее организации. Динамика деятельности неустойчивая, работоспособность низкая. Речевое сопровождение действий отсутствует. Ошибки в процессе выполнения заданий самостоятельно не замечаются. Концентрация внимания низкая. Характерна вязкость внимания. Помощь малоэффективна. Испытывает значительные трудности при составлении рассказов. Часто рассказы отсутствуют, помощь малоэффективна. Пользуется простыми, безличными предложениями. Характерны множественные ошибки звукопроизношения. Фонематическое восприятие грубо нарушено. Множественные ошибки

наблюдаются при исключении лишнего предмета, которое часто носит угадывающий характер. Обобщающие понятия практически отсутствуют либо используются неадекватно. Уровень воображения очень низкий. Некритичен.

Вариант 2. Контакт со взрослым в процессе исследования нестабильный. Эмоционально безразличен к выполняемым заданиям, проявляет неадекватные эмоциональные реакции. Понимание вербальных инструкций резко затруднено, отмечается потеря инструкции. Интерес к заданиям избирательный, быстро пропадающий. Уровень ориентировочной деятельности низкий. Отсутствует самостоятельное выполнение заданий из-за неумения построить программу действий. Деятельность хаотичная, бессистемная, бесцельная. Работоспособность очень низкая.

Манипулятивная функция рук резко ограничена. Способы действий при решении наглядных задач непродуктивные. Уровень развития представлений низкий. Логические задачи выполняет путем угадывания. Не умеет обосновать выбранный вариант решения. Причинно-следственные связи не устанавливает. Объем памяти очень низкий. Не может самостоятельно составить связный рассказ. Фразовая речь отсутствует. Многочисленные ошибки звукопроизношения. Фонематическое восприятие грубо нарушено. Креативность низкая. Некритичен.

Вариант 3. Характерна низкая контактность. Отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы. Пассивна в общении при общей сниженности психической активности. Уровень саморегуляции и контроля познавательной деятельности низкий. Допускаемые ошибки самостоятельно не замечаются, речевая регуляция отсутствует, отмечается стихийная активность. Произвольное внимание не сформировано. Зрительно-моторная координация грубо нарушена. Интерес к выполняемым заданиям слабый, поверхностный. Деятельность бесцельная, хаотичная. Помощь неэффективна. Не может самостоятельно составить рассказ. Фразовая речь не сформирована. Отмечаются выраженные нарушения звукопроизношения. Слоговая структура слов нарушена, в речи аграмматизмы. Фонематическое восприятие грубо нарушено. Уровень развития памяти очень низкий. Крайне непродуктивный способ выполнения наглядных задач. Операции абстрагирования и обобщения не сформированы. Категоричность мышления отсутствует. Понимание логической взаимосвязи событий и явлений самостоятельно недоступно. Манипулятивная функция рук резко ограничена. Некритична.

Вариант 4. Программный материал усвоил удовлетворительно. Задания самостоятельно не выполняет, только с помощью учителя. При списывании текста допускает многочисленные дисграфические, орфографические и пунктуационные ошибки. Навык чтения не сформирован.

Речь невнятная. Словарный запас крайне беден. Работоспособность низкая, быстро устаёт. Наблюдается бедность и неточность понимания и употребления

многих слов, недостаточная активность самостоятельной описательно-повествовательной речи.

Недостаточная концентрация внимания. Объем памяти сниженный, запоминает с трудом и быстро забывает. Причинно-следственные связи устанавливать может только при помощи взрослого. Сделанный выбор объяснить не может. Преобладающее настроение ребёнка эйфоричное. Самооценка завышенная.

Проявляет интерес к творчеству: любит выкладывать картины из бисера. Активно участвует в спортивных играх.

Навыками самообслуживания владеет. Всегда следит за своим внешним видом, аккуратен, трудолюбив. Правила поведения в школе и во внеурочное время соблюдает. Просьбы и поручения учителя выполняет охотно. В мероприятиях класса и школы принимает участие в меру своих возможностей. Отношения с одноклассниками ровные, дружеские.

4. Используя «Психолого-педагогическую характеристику ребенка дошкольного возраста – воспитанника учреждения дошкольного образования общего типа», предложенную к практическому занятию 4 смоделируйте характеристику на ребенка 6 лет с легкой интеллектуальной недостаточности (на ребенка 5 лет с умеренной интеллектуальной недостаточностью).

Литература

1. Винникова, Е. А. Дошкольная олигофренопсихология / Е. А. Винникова, С. А. Глуховская. – Минск : БГПУ, 2012. – 216 с.
2. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш. шк., 2012. – 512 с.

Практическое занятие 12

Тема. *Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации*

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с задержкой психического развития; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с ЗПР.

План проведения:

1. Особенности познавательной деятельности лиц с задержанным развитием.
2. Особенности личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.
3. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

(Вариант 1 характеристики взят из книги Дробинская, А. О. Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь / А. О. Дробинская. – М.: Школьная Пресса, 2005. – С. 49-51).

Вариант 1. Его действия зависят от непосредственных побуждений, он не понимает до конца учебную ситуацию, «не вписывается» в рамки принятых в школе норм поведения. Недоразвитие эмоционально-волевых компонентов учебной деятельности обусловило непродуктивность Игоря в ситуации, где он должен подчиняться инструкции педагога и подавлять свои собственные желания. В связи с этим он непродуктивен, вял, бездеятелен в учебной ситуации и оживляется, становится активным, как только переключается на игру, соответствующую его эмоциональным потребностям.

Эмоционально-волевая незрелость выражается также в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия как ведущей мотивации, беспечности, преобладании игровых интересов, недостаточной критичности к своему поведению и результатам своей деятельности. Эмоционально-волевая незрелость сочетается у Игоря с негрубыми интеллектуальными трудностями из-за преобладания конкретно-образного или наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, повышенной истощаемости и пресыщаемости активного внимания, недостаточности словесно-смысловой памяти. Это проявляется как недоразвитие сложных форм мышления, повышенная отвлекаемость, неумение обдумать предложенное задание, сосредоточиться на нем.

Особенно сложно для него осознание разницы между общими и частными понятиями (причинно-следственные связи), наибольшую трудность для

запоминания представляет тот материал, который требует осознания связи между частями материала. Выявленное при обследовании негрубое снижение всех видов памяти, особенно слухоречевой, обусловлено как перечисленными особенностями, так и повышенной истощаемостью нервной системы мальчика. Нечеткость и нескоординированность движений пальцев и кистей рук приводят к затруднению формирования навыка письма. Были отмечены также снижение времени стабильной работоспособности (около 10—15 минут при смене видов деятельности, после чего ребенок нуждался в отдыхе и рассредоточении внимания), некоторая инертность и медлительность мыслительных процессов, диссоциирующая с «внешним фасадом» в виде оживленности и повышенной активности.

(Вариант 2 характеристики взят из книги Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – М.: Изд-во «Книголюб», 2012. – 152 с.).

Вариант 2. Легко вступает в контакт, но он носит нестабильный характер из-за трудностей в процессе работы и низкой работоспособности. Зачастую безразличен к ситуации обследования, иногда отмечается возбуждение, расторможенность по ходу деятельности. К одобрению равнодушен, но иногда отмечается резкое повышение результативности выполнения задания. В ответ на замечания раздражается, замыкается. В случае неудач теряет интерес к заданию, демонстрирует расторможенность с массой быстрых, неадекватных манипуляций с объектами. Эмоционально неустойчив.

При активном общении отмечается значительное снижение коммуникативной направленности речи. В некоторых случаях замкнут, общение носит реактивный характер. Детали инструкции зачастую теряет, но сохраняет общую цель выполнения задания, в некоторых случаях понимание инструкции затруднено. Ориентировочная деятельность ухудшается из-за пресыщения или неудач. Все задания выполняет с помощью. Качество помощи - от стимулирующей до обучающей. Характер деятельности неустойчивый, колебания активности и целенаправленности отмечаются в случае неудач или из-за низкой концентрации внимания. Деятельность малопродуктивна, но организующая и разъясняющая помощь оказывается эффективной. Речевое сопровождение действий отсутствует либо не относится к выполняемому заданию. Динамика деятельности и работоспособность имеют мерцательный характер. Концентрация внимания недостаточная, по устойчивости внимание характеризуется как быстрым переключением, так и вязкостью. Организующая помощь эффективна. Испытывает трудности при составлении рассказов, требуются наводящие вопросы, уточнения. Скрытый смысл сюжета передается неточно либо искажается. Социальная перцепция снижена. Рассказы составлены по шаблонной схеме. Отмечается несоответствие составленного рассказа и полученной последовательности картинок. Фразы простые, часто встречаются аграмматизмы. Характерны множественные нарушения звукопроизношения.

Фонематическое восприятие нарушено. При исключении лишнего предмета испытывают трудности в подборе обобщающих понятий. Исключение часто осуществляется по несущественным признакам. Креативность низкая. Критичность снижена.

Вариант 3. Воспитанием ребёнка сейчас занимается только мама. В детско-родительских отношениях у мальчика сформировалось следующее мнение: «Папа плохой, он бьёт маму, я не буду таким как он. Я его не люблю! Маму я люблю!»

Ребёнок родился с массой тела 2890кг, до года наблюдался у невролога. Ребёнок всегда опрятен, аккуратен. Поведение неустойчиво, ситуативно. Хотя он имеет представления об отдельных правилах культуры поведения, привычка самостоятельно следовать им не сложилась, часто поведение определяется непосредственными побуждениями. Ребёнок испытывает трудности в общении, связанные с неумением учитывать позицию партнёра. Слабо ориентируется в эмоциональных состояниях окружающих. Наряду с добрыми поступками, частые проявления негативного поведения. Отношения к результатам собственной деятельности всегда завышенное: «Ведь, правда, у меня лучше всех?», «Я, молодец, да?»

Мальчику присуще некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесным инструкциям. Затруднения проявляются при удержании равновесия (возникает общее напряжение, покачивание туловища, балансирование и сходжение с места). Наблюдается низкое качество выполнения движений, нарушение их порядка и количества.

У мальчика недостаточный уровень сформированности не только крупной моторики, но и тонких движений кистей пальцев рук. Отставание в развитии тонкой моторики рук у ребёнка проявляется в слабом развитии навыков самообслуживания (надевание и снятие одежды, застёгивание и расстёгивание пуговиц, крючков, застёжек, развязывание и завязывание шнурков, пользование столовыми приборами, вырезывание ножницами, раскрашивании не выходя за границы. То есть наблюдается недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

Игровая деятельность ребёнка: действия с игрушками не всегда ориентируются на свойства и назначение этих игрушек (перекатывает машину с места на место, «футболит» машиной); отсутствие замысла игры, бедность, стереотипность, формальность игровых действий; несформированность целевого компонента игры («пинает» мяч не ставя цель забить мяч в ворота или поиграть в футбол); наблюдается неустойчивый интерес к игре и игрушкам; нечёткое и неточное выполнение некоторых игровых действий; бедность игровых сюжетов – недостаточный объём знаний и представлений о предметах окружающего

мира, об отношениях людей в процессе их деятельности; нарушение логической последовательности в цепочке действий; снижена потребность в игре, начинает игру по инициативе взрослого; узость использования предметов – заменителей; неустойчивость в принятии роли, выход из роли в процессе игры; выполнение игровых действий без достаточного речевого сопровождения.

Мальчик испытывает серьезные трудности в усвоении программного материала.

Низкий уровень познавательной активности, низкий объем представлений об окружающем, трудности установления причинно-следственных связей, недостаточная концентрация внимания. То есть у ребёнка недостаточно сформированы внимание, память, восприятие.

Речевое развитие: низкий уровень – ребёнок затрудняется в установлении связей, поэтому допускает содержательные и смысловые ошибки в пересказах, самостоятельных рассказах; при рассказывании требует помощи взрослого. Пропускает структурные компоненты повествовательного рассказа. В творческом рассказывании недостаточно самостоятелен. Словарный запас беден. Ребёнок затрудняется в аргументировании суждений, не пользуется речью-доказательством. Допускает грамматические ошибки. Нарушено звукопроизношение шипящих и сонорных звуков. Первые слова у Вити появились к 3 годам.

4. Используя «Психолого-педагогическую характеристику ребенка дошкольного возраста – воспитанника учреждения дошкольного образования общего типа», предложенную к практическому занятию 4 смоделируйте характеристику на ребенка 6 лет с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения (на ребенка 5 лет с задержкой психического развития конституционального происхождения).

Литература

1. Дробинская, А. О. Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь / А. О. Дробинская. – М. : Школьная Пресса, 2005. – 96 с.
2. Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – М. : Изд-во «Книголюб», 2012. – 152 с.

Практическое занятие 13

Тема. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с дефицитарным развитием; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с дефицитарным развитием.

План проведения:

1. Особенности познавательной деятельности лиц с дефицитарным развитием.
2. Особенности личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.
3. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

(Варианты характеристик взяты из книги Жигорева, М. В. Дети с комплексными нарушениями развития : Диагностика и сопровождение / М. В. Жигорева, И. Ю. Левченко. – М. : Национальный книжный центр, 2016. – С. 169-184).

Вариант 1.

Арина, 5 лет.

Заключение (из истории болезни): органическое поражение ЦНС, гипертензионный синдром, ретинопатия недоношенных 5 стадии, рубцовая фаза, слепота.

Ходить начала к 2 годам. Крайне заторможена. Состояние слуха – норма. Состояние опорно-двигательной системы: передвигается самостоятельно, предпочитает сидеть.

Данные социального развития: интерес к окружающему отсутствует. В контакт вступает неохотно. Действия заторможены. Предпочитает сидеть на одном месте. К детям не агрессивна, скорее равнодушна, предпочитает быть одна.

Экспрессивная речь отсутствует. Иногда издает тихие монотонные звуки.

Навыки самообслуживания: обладает единичными умениями самообслуживания, умеет самостоятельно пить из чашки, умеет держать ложку, ест только то, что нравится, во время еды прослеживается аккуратность.

При одевании пассивно подчиняется действиям взрослого, при этом может протягивать руки, приподниматься, т.е. проявляет активность.

Самостоятельно в туалет не просится, необходимо водить ее в туалет.

К игрушкам равнодушна, может держать в руках, манипулировать.

Данные экспериментально-психологического исследования: девочка предпочитает телесный контакт.

Двигательные реакции – садится на колени психолога, сворачивается «клубочком». Задания выполняла в основном в совместных действиях.

Конструктивный праксис: совместное выполнение заданий было возможно при условии хорошего настроения. Пассивна. При выполнении заданий на пространственные представления улыбалась, когда совместно соприкасались с частями лица, туловища. Задания на определение уровня запоминания последовательности предметов не выполнила – ограничилась лишь удерживанием предметов. При выявлении наглядно-действенного, наглядно-образного мышления было отмечено, что сбор пирамидок и мисочек выполнялся только на основе совместных действий, по настроению.

Предложенные задания на группировку предметов по форме отвергла, одергивала руки, отворачивалась, вставала со стула, отходила.

Данные логопедического обследования: строение артикуляционного аппарата – редкие зубы.

Состояние речевой моторики – слабый мышечный тонус. Речевое дыхание – не сформировано. Голос – крик, монотонные звуки. Обращенной речи не понимает, но на ласковый тон реагирует слабой улыбкой. Речь отсутствует.

Отмечается низкая работоспособность, неустойчивость внимания, снижение эмоционально-волевой сферы, задания выполняет только в совместных действиях, имеются начатки к подражанию, помощь практически не воспринимает, инертна.

Вариант 2.

Егор, 5 лет.

Заключение (из истории болезни): перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, задержка психического развития, глухота 4 группы, ребенок слухопротезирован биноурально.

Состояние опорно-двигательной системы: плосковальгусные стопы. Ребенок стоит и передвигается с поддержкой, сидит без поддержки.

Данные социального развития: мальчик входил в контакт не сразу, постепенно; выполнял задания только в присутствии мамы; в контакт с детьми входит более уверенно, проявляет интерес. Коммуникативные навыки не сформированы. Общается отдельными жестами, устно-лепетными словами, тактильную форму речи не знает, в ограниченном количестве может воспринимать глобальные таблички. Навыки самообслуживания сформированы не полностью: ест сам, в туалет не просится, одеваться самостоятельно не умеет. Игровые действия сформированы не в полном объеме, действия с игрушками адекватные, предпочитает играть с машинками, вертолетом, самолетом; учится играть в настольные игры; лото, детское домино.

Данные экспериментально-психологического исследования: предлагаемые задания выполнял по показу самостоятельно. Задания на конструктивный праксис выполнил с ошибками. Задания на ориентацию в пространстве были выполнены

с ошибками, лучше ориентировался на листе бумаги; названия частей тела, лица путает, выполнял это задание с нескольких попыток при предъявлении инструкции на табличках. Наиболее высокие показатели были отмечены при выполнении заданий на зрительное восприятие – все предметы правильно разложил по цвету; интерес проявил к заданиям на осязательное восприятие. Память хорошая: задания выполнял самостоятельно без ошибок, доступно запоминание до 4 предметов. Мыслительные процессы: наглядно-действенное и наглядно-образное мышление сформированы, низкие показатели отмечены при выполнении заданий на словесно-логическое мышление. Хватательные функции рук в норме.

Данные логопедического обследования: строение артикуляционного аппарата – норма. Речевая моторика нарушена, нет четкости воспроизведений артикуляционных позиций, не удерживает заданных артикуляционных поз, переключение из одного положения в другое происходит с затруднениями, темп движений замедленный. Голос – слабый. Речевое дыхание не сформировано. Звукопроизношение: произносит некоторые звуки изолированно, в слогах, словах, подражает артикуляции взрослых, пользуется остаточным слухом.

Импрессивная сторона речи: избирательно указывал на предметы, трудности вызывали такие слова, как: огурец, живот, яблоко. Действия по инструкции понимал и выполнял адекватно, но избирательно.

Экспрессивная сторона речи: объем словарного запаса незначительный (незнакомые слова – носки, кастрюля, сапог, живот); степень лексико-грамматического оформления речи низкая; фразовой речью не пользуется, при описании действий использовал жесты.

Большинство заданий мальчик может выполнять самостоятельно, подражательная способность имеется, может контролировать свои действия, использует помощь.

4. Используя «Психолого-педагогическую характеристику ребенка дошкольного возраста – воспитанника учреждения дошкольного образования общего типа», предложенную к практическому занятию 4 смоделируйте характеристику на ребенка 6 лет с нарушениями зрения (на ребенка 5 лет с нарушениями слуха).

Литература

1. Жигорева, М. В. Дети с комплексными нарушениями развития: Диагностика и сопровождение / М. В. Жигорева, И. Ю. Левченко. – М. : Национальный книжный центр, 2016. – 208 с.

Практическое занятие 14

Тема. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном и дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с искаженным и дисгармоническим развитием; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с искаженным развитием.

План проведения:

1. Особенности познавательной деятельности лиц с искаженным развитием.
2. Особенности личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.
3. Особенности познавательной деятельности лиц с дисгармоническим развитием.
4. Особенности личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.
5. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

Вариант 1.

Федор, 10 лет.

Федор учащийся вспомогательной школы, 10 лет. Обследован ПМПК в связи с жалобами учителей и близких на трудности установления с ним контактов. Во вспомогательной школе обучается 2 последних года, до этого обучался на надомном обучении. Поведение Федора учителя воспринимали как «домашнее», т.е. несформированное. Однако в настоящее время у них контакт с ребенком так и не сложился. На обследовании: держится напряженно, внешний вид неопрятный. Визуальный контакт очень кратковременный. В беседе выясняется, что ребенок страдает немотивированными страхами. Гиперчувствительность и страхи вызывают у него пушистые предметы, громкие звуки и голоса. Наблюдаются речевые стереотипии. Характерны стереотипные двигательные реакции: раскачивается из стороны в сторону, тербит бумагу. Все это сопровождается снижением содержательной стороны речи и называнием себя в третьем лице («Федя устал, он не хочет»).

Вариант 2.

Ярослав К., 7 лет.

На обследовании: отказ от любых контактов, выраженная пассивность по отношению к сенсорным раздражителям, отсутствие зрительного контакта, вычурность двигательных поз. По словам мамы в раннем детстве был агрессивным ребенком, не любил, что бы его брали на руки, не контактировал с бабушками и дедушками.

2.2. Содержание практических занятий для студентов заочной формы получения образования

Практическое занятие 1

Тема. *Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии и поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации*

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с психическим недоразвитием.

План проведения:

5. Особенности познавательной деятельности лиц с психическим недоразвитием и поврежденным развитием.
6. Особенности личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии и поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации
7. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

(Варианты 1-3 характеристик взяты из книги Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – М. : Изд-во «Книголюб», 2012. – 152 с.).

Вариант 1. Контакт со взрослым в процессе исследования носит нестабильный либо формальный, поверхностный характер. Ребенок безразличен к ситуации обследования. К одобрению равнодушен. Эмоционально индифферентен в процессе обследования.

Общение реактивное, коммуникативная направленность речи резко снижена. Характерна низкая мотивация к выполнению практически всех заданий, быстрая утрата интереса к заданию в случае малейшей неудачи. Инструкция либо не понимается (в случае незнакомых заданий), либо теряется из-за низкой концентрации внимания и низкой работоспособности. Деятельность характеризуется трудностями переключения, малопродуктивным поиском решения, зачастую бесцельна и хаотична, требуется значительная помощь для ее организации. Динамика деятельности неустойчивая, работоспособность низкая. Речевое сопровождение действий отсутствует. Ошибки в процессе выполнения заданий самостоятельно не замечаются. Концентрация внимания низкая. Характерна вязкость внимания. Помощь малоэффективна. Испытывает значительные трудности при составлении рассказов. Часто рассказы

отсутствуют, помощь малоэффективна. Пользуется простыми, безличными предложениями. Характерны множественные ошибки звукопроизношения. Фонематическое восприятие грубо нарушено. Множественные ошибки наблюдаются при исключении лишнего предмета, которое часто носит угадывающий характер. Обобщающие понятия практически отсутствуют либо используются неадекватно. Уровень воображения очень низкий. Некритичен.

Вариант 2. Контакт со взрослым в процессе исследования нестабильный. Эмоционально безразличен к выполняемым заданиям, проявляет неадекватные эмоциональные реакции. Понимание вербальных инструкций резко затруднено, отмечается потеря инструкции. Интерес к заданиям избирательный, быстро пропадающий. Уровень ориентировочной деятельности низкий. Отсутствует самостоятельное выполнение заданий из-за неумения построить программу действий. Деятельность хаотичная, бессистемная, бесцельная. Работоспособность очень низкая.

Манипулятивная функция рук резко ограничена. Способы действий при решении наглядных задач непродуктивные. Уровень развития представлений низкий. Логические задачи выполняет путем угадывания. Не умеет обосновать выбранный вариант решения. Причинно-следственные связи не устанавливает. Объем памяти очень низкий. Не может самостоятельно составить связный рассказ. Фразовая речь отсутствует. Многочисленные ошибки звукопроизношения. Фонематическое восприятие грубо нарушено. Креативность низкая. Некритичен.

Вариант 3. Характерна низкая контактность. Отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы. Пассивна в общении при общей сниженности психической активности. Уровень саморегуляции и контроля познавательной деятельности низкий. Допускаемые ошибки самостоятельно не замечаются, речевая регуляция отсутствует, отмечается стихийная активность. Произвольное внимание не сформировано. Зрительно-моторная координация грубо нарушена. Интерес к выполняемым заданиям слабый, поверхностный. Деятельность бесцельная, хаотичная. Помощь неэффективна. Не может самостоятельно составить рассказ. Фразовая речь не сформирована. Отмечаются выраженные нарушения звукопроизношения. Слоговая структура слов нарушена, в речи аграмматизмы. Фонематическое восприятие грубо нарушено. Уровень развития памяти очень низкий. Крайне непродуктивный способ выполнения наглядных задач. Операции абстрагирования и обобщения не сформированы. Категоричность мышления отсутствует. Понимание логической взаимосвязи событий и явлений самостоятельно недоступно. Манипулятивная функция рук резко ограничена. Некритична.

Вариант 4. Программный материал усвоил удовлетворительно. Задания самостоятельно не выполняет, только с помощью учителя. При списывании текста допускает многочисленные дисграфические, орфографические и пунктуационные ошибки. Навык чтения не сформирован.

Речь невнятная. Словарный запас крайне беден. Работоспособность низкая, быстро устаёт. Наблюдается бедность и неточность понимания и употребления многих слов, недостаточная активность самостоятельной описательно-повествовательной речи.

Недостаточная концентрация внимания. Объём памяти сниженный, запоминает с трудом и быстро забывает. Причинно-следственные связи устанавливать может только при помощи взрослого. Сделанный выбор объяснить не может. Преобладающее настроение ребёнка эйфоричное. Самооценка завышенная.

Проявляет интерес к творчеству: любит выкладывать картины из бисера. Активно участвует в спортивных играх.

Навыками самообслуживания владеет. Всегда следит за своим внешним видом, аккуратен, трудолюбив. Правила поведения в школе и во внеурочное время соблюдает. Просьбы и поручения учителя выполняет охотно. В мероприятиях класса и школы принимает участие в меру своих возможностей. Отношения с одноклассниками ровные, дружеские.

8. Используя «Психолого-педагогическую характеристику ребенка дошкольного возраста – воспитанника учреждения дошкольного образования общего типа», предложенную к практическому занятию 4 смоделируйте характеристику на ребенка 6 лет с легкой интеллектуальной недостаточности (на ребенка 5 лет с умеренной интеллектуальной недостаточностью).

Литература

1. Винникова, Е. А. Дошкольная олигофренопсихология / Е. А. Винникова, С. А. Глуховская. – Минск : БГПУ, 2012. – 216 с.
2. Специальная психология: учеб. пособие / Е. С. Слепович [и др.]; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш. шк., 2012. – 512 с.

Практическое занятие 2

Тема. *Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации*

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с задержкой психического развития; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с ЗПР.

План проведения:

1. Особенности познавательной деятельности лиц с задержанным развитием.

2. Особенности личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.

3. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

(Вариант 1 характеристики взят из книги Дробинская, А. О. Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь / А. О. Дробинская. – М.: Школьная Пресса, 2005. – С. 49-51).

Вариант 1. Его действия зависят от непосредственных побуждений, он не понимает до конца учебную ситуацию, «не вписывается» в рамки принятых в школе норм поведения. Недоразвитие эмоционально-волевых компонентов учебной деятельности обусловило непродуктивность Игоря в ситуации, где он должен подчиняться инструкции педагога и подавлять свои собственные желания. В связи с этим он непродуктивен, вял, бездеятелен в учебной ситуации и оживляется, становится активным, как только переключается на игру, соответствующую его эмоциональным потребностям.

Эмоционально-волевая незрелость выражается также в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия как ведущей мотивации, беспечности, преобладании игровых интересов, недостаточной критичности к своему поведению и результатам своей деятельности. Эмоционально-волевая незрелость сочетается у Игоря с негрубыми интеллектуальными трудностями из-за преобладания конкретно-образного или наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, повышенной истощаемости и пресыщаемости активного внимания, недостаточности словесно-смысловой памяти. Это проявляется как недоразвитие сложных форм мышления, повышенная отвлекаемость, неумение обдумать предложенное задание, сосредоточиться на нем.

Особенно сложно для него осознание разницы между общими и частными понятиями (причинно-следственные связи), наибольшую трудность для

запоминания представляет тот материал, который требует осознания связи между частями материала. Выявленное при обследовании негрубое снижение всех видов памяти, особенно слухоречевой, обусловлено как перечисленными особенностями, так и повышенной истощаемостью нервной системы мальчика. Нечеткость и нескоординированность движений пальцев и кистей рук приводят к затруднению формирования навыка письма. Были отмечены также снижение времени стабильной работоспособности (около 10—15 минут при смене видов деятельности, после чего ребенок нуждался в отдыхе и рассредоточении внимания), некоторая инертность и медлительность мыслительных процессов, диссоциирующая с «внешним фасадом» в виде оживленности и повышенной активности.

(Вариант 2 характеристики взят из книги Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – М.: Изд-во «Книголюб», 2012. – 152 с.).

Вариант 2. Легко вступает в контакт, но он носит нестабильный характер из-за трудностей в процессе работы и низкой работоспособности. Зачастую безразличен к ситуации обследования, иногда отмечается возбуждение, расторможенность по ходу деятельности. К одобрению равнодушен, но иногда отмечается резкое повышение результативности выполнения задания. В ответ на замечания раздражается, замыкается. В случае неудач теряет интерес к заданию, демонстрирует расторможенность с массой быстрых, неадекватных манипуляций с объектами. Эмоционально неустойчив.

При активном общении отмечается значительное снижение коммуникативной направленности речи. В некоторых случаях замкнут, общение носит реактивный характер. Детали инструкции зачастую теряет, но сохраняет общую цель выполнения задания, в некоторых случаях понимание инструкции затруднено. Ориентировочная деятельность ухудшается из-за пресыщения или неудач. Все задания выполняет с помощью. Качество помощи - от стимулирующей до обучающей. Характер деятельности неустойчивый, колебания активности и целенаправленности отмечаются в случае неудач или из-за низкой концентрации внимания. Деятельность малопродуктивна, но организующая и разъясняющая помощь оказывается эффективной. Речевое сопровождение действий отсутствует либо не относится к выполняемому заданию. Динамика деятельности и работоспособность имеют мерцательный характер. Концентрация внимания недостаточная, по устойчивости внимание характеризуется как быстрым переключением, так и вязкостью. Организующая помощь эффективна. Испытывает трудности при составлении рассказов, требуются наводящие вопросы, уточнения. Скрытый смысл сюжета передается неточно либо искажается. Социальная перцепция снижена. Рассказы составлены по шаблонной схеме. Отмечается несоответствие составленного рассказа и полученной последовательности картинок. Фразы простые, часто встречаются аграмматизмы. Характерны множественные нарушения звукопроизношения.

Фонематическое восприятие нарушено. При исключении лишнего предмета испытывают трудности в подборе обобщающих понятий. Исключение часто осуществляется по несущественным признакам. Креативность низкая. Критичность снижена.

Вариант 3. Воспитанием ребёнка сейчас занимается только мама. В детско-родительских отношениях у мальчика сформировалось следующее мнение: «Папа плохой, он бьёт маму, я не буду таким как он. Я его не люблю! Маму я люблю!»

Ребёнок родился с массой тела 2890кг, до года наблюдался у невролога. Ребёнок всегда опрятен, аккуратен. Поведение неустойчиво, ситуативно. Хотя он имеет представления об отдельных правилах культуры поведения, привычка самостоятельно следовать им не сложилась, часто поведение определяется непосредственными побуждениями. Ребёнок испытывает трудности в общении, связанные с неумением учитывать позицию партнёра. Слабо ориентируется в эмоциональных состояниях окружающих. Наряду с добрыми поступками, частые проявления негативного поведения. Отношения к результатам собственной деятельности всегда завышенное: «Ведь, правда, у меня лучше всех?», «Я, молодец, да?»

Мальчику присуще некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесным инструкциям. Затруднения проявляются при удержании равновесия (возникает общее напряжение, покачивание туловища, балансирование и сходжение с места). Наблюдается низкое качество выполнения движений, нарушение их порядка и количества.

У мальчика недостаточный уровень сформированности не только крупной моторики, но и тонких движений кистей пальцев рук. Отставание в развитии тонкой моторики рук у ребёнка проявляется в слабом развитии навыков самообслуживания (надевание и снятие одежды, застёгивание и расстёгивание пуговиц, крючков, застёжек, развязывание и завязывание шнурков, пользование столовыми приборами, вырезывание ножницами, раскрашивании не выходя за границы. То есть наблюдается недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

Игровая деятельность ребёнка: действия с игрушками не всегда ориентируются на свойства и назначение этих игрушек (перекатывает машину с места на место, «футболит» машиной); отсутствие замысла игры, бедность, стереотипность, формальность игровых действий; несформированность целевого компонента игры («пинает» мяч не ставя цель забить мяч в ворота или поиграть в футбол); наблюдается неустойчивый интерес к игре и игрушкам; нечёткое и неточное выполнение некоторых игровых действий; бедность игровых сюжетов – недостаточный объём знаний и представлений о предметах окружающего

мира, об отношениях людей в процессе их деятельности; нарушение логической последовательности в цепочке действий; снижена потребность в игре, начинает игру по инициативе взрослого; узость использования предметов – заменителей; неустойчивость в принятии роли, выход из роли в процессе игры; выполнение игровых действий без достаточного речевого сопровождения.

Мальчик испытывает серьезные трудности в усвоении программного материала.

Низкий уровень познавательной активности, низкий объем представлений об окружающем, трудности установления причинно-следственных связей, недостаточная концентрация внимания. То есть у ребёнка недостаточно сформированы внимание, память, восприятие.

Речевое развитие: низкий уровень – ребёнок затрудняется в установлении связей, поэтому допускает содержательные и смысловые ошибки в пересказах, самостоятельных рассказах; при рассказывании требует помощи взрослого. Пропускает структурные компоненты повествовательного рассказа. В творческом рассказывании недостаточно самостоятелен. Словарный запас беден. Ребёнок затрудняется в аргументировании суждений, не пользуется речью-доказательством. Допускает грамматические ошибки. Нарушено звукопроизношение шипящих и сонорных звуков. Первые слова у Вити появились к 3 годам.

5. Используя «Психолого-педагогическую характеристику ребенка дошкольного возраста – воспитанника учреждения дошкольного образования общего типа», предложенную к практическому занятию 4 смоделируйте характеристику на ребенка 6 лет с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения (на ребенка 5 лет с задержкой психического развития конституционального происхождения).

Литература

1. Дробинская, А. О. Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь / А. О. Дробинская. – М. : Школьная Пресса, 2005. – 96 с.
2. Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – М. : Изд-во «Книголюб», 2012. – 152 с.

Практическое занятие 3

Тема. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном и дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации

Цель: формировать знания о специфике познавательной деятельности, личности, межличностных отношениях, социализации лиц с искаженным и дисгармоническим развитием; формировать навык анализа психолого-педагогических характеристик детей с искаженным развитием.

План проведения:

1. Особенности познавательной деятельности лиц с искаженным развитием.
2. Особенности личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.
3. Особенности познавательной деятельности лиц с дисгармоническим развитием.
4. Особенности личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации.
5. Прочитайте характеристику. Определите, каких данных в ней не хватает; какие методы использованы для составления документа; какой вариант дизонтогенеза описан. Обоснуйте свое мнение.

Вариант 1.

Федор, 10 лет.

Федор учащийся вспомогательной школы, 10 лет. Обследован ПМПК в связи с жалобами учителей и близких на трудности установления с ним контактов. Во вспомогательной школе обучается 2 последних года, до этого обучался на домашнем обучении. Поведение Федора учителя воспринимали как «домашнее», т.е. несформированное. Однако в настоящее время у них контакт с ребенком так и не сложился. На обследовании: держится напряженно, внешний вид неопрятный. Визуальный контакт очень кратковременный. В беседе выясняется, что ребенок страдает немотивированными страхами. Гиперчувствительность и страхи вызывают у него пушистые предметы, громкие звуки и голоса. Наблюдаются речевые стереотипии. Характерны стереотипные двигательные реакции: раскачивается из стороны в сторону, тербит бумагу. Все это сопровождается снижением содержательной стороны речи и называнием себя в третьем лице («Федя устал, он не хочет»).

Вариант 2.

Ярослав К., 7 лет.

На обследовании: отказ от любых контактов, выраженная пассивность по отношению к сенсорным раздражителям, отсутствие зрительного контакта, вычурность двигательных поз. По словам мамы в раннем детстве был агрессивным ребенком, не любил, что бы его брали на руки, не контактировал с бабушками и дедушками.

3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тест 1

1. Понятие «возраст» в культурно-исторической теории развития Л.С.Выготского определяется как:

- а) набор характеристик и требований к представителю данного возраста;
- б) универсальная линия жизни, связанная с набором социальных ориентиров;
- в) стадия психического развития, которая характеризуется определенным, ведущим на данном этапе отношением ребенка к действительности;
- г) целостное динамическое образование, структуру, определяющую роль и удельный вес каждой частичной линии развития;
- д) относительно устойчивый отрезок развития человека.

2. Основой психологической периодизации Л.С. Выготского являются:

- а) детское учреждение, посещаемое ребенком;
- б) переход от одного вида деятельности к другому;
- в) мнение взрослого о развитии ребенка;
- г) развитие органов;
- д) возраст ребенка;
- е) исторический характер развития общества.

3. Стабильный возрастной период по Л.С. Выготскому, характеризуется:

- а) медленным и неуклонным накоплением мельчайших количественных изменений развития;
- б) медленным и неуклонным накоплением качественных изменений развития;
- в) небольшой протяженностью временного отрезка;
- г) большой протяженностью временного отрезка.

4. Критический возрастной период по Л.С. Выготскому, характеризуется:

- а) возникновением скачкообразных необратимых новообразований;
- б) резким увеличением количественных изменений развития;
- в) бурным протеканием и значительными изменениями в развитии;
- г) спокойным устойчивым протеканием с четко очерченными возрастными границами;
- д) непрерывными внутренними изменениями и размытыми возрастными границами;
- е) индивидуальным темпом протекания и размытыми возрастными границами.

5. Сензитивный период характеризуется как:

- а) критический период развития;
- б) период повышенной чувствительности;
- в) период, проходящий под лозунгом «Теперь или никогда».

6. Л.С. Выготский рассматривает соотношение обучения и развития с позиций:

- а) обучение ведет за собой развитие;
- б) развитие ведет за собой обучение;
- в) обучение и развитие идут параллельно;
- г) обучение ведет за собой развитие, опираясь на достигнутый уровень.

7. Согласно Л. С. Выготскому, состояние умственного развития может быть оценено с учетом как минимум двух моментов, указанных в одном из следующих пунктов:

- а) уровня актуального развития и зоны ближайшего развития;

- б) индивидуальных показателей ребенка и популяционных показателей для детей того же пола и возраста;
- в) показателей умственного развития и состояния памяти.

8. Какое из утверждений верно описывает содержание понятия «зона ближайшего развития» по Л. С. Выготскому:

- а) те психические функции и свойства, развитие которых ожидается на ближайшем этапе;
- б) количественная мера прогресса умственного развития в случае успешного лечения;
- в) потенциальные возможности ребенка, которые не выявляются им самостоятельно, но реализуются при помощи взрослого.

9. Социальная ситуация развития по Л.С. Выготскому:

- а) уровень развития культурной и социальной ситуации в стране;
- б) конкретная форма значимых для ребенка отношений, в которых он находится с окружающей его действительностью в определенный период своей жизни;
- в) система взаимоотношений с окружающим миром;
- г) отношения, ценности, установки, направленность личности в конкретный возрастной период.

10. Ведущая деятельность по Л.С. Выготскому:

- а) деятельность ребенка, выполнение которой занимает наибольшее время в данный возрастной период;
- б) деятельность ребенка, которая наиболее значима для его интеллектуального и личностного развития;
- в) деятельность ребенка, которая определяет особенности его психического развития в данный возрастной период;
- г) деятельность ребенка, выполнение которой определяет возникновение и формирование у него основных психологических новообразований на данной ступени развития.

11. Психологическое новообразование по Л.С. Выготскому:

- а) основной критерий для деления детского развития на отдельные возрасты;
- б) психические и социальные изменения, возникающие на данной ступени развития и определяющие сознание ребенка, его отношения и ход развития в данный период;
- в) изменения, происходящие в когнитивной и личностной сфере ребенка;
- г) психические характеристики, определяющие когнитивные и личностные особенности развития ребенка;
- д) новые свойства или качества, проявляющиеся в поведении ребенка.

12. Процесс развития по Л.С. Выготскому, есть:

- а) процесс перехода из одного состояния в другое, более совершенное, переход от старого качественного состояния к новому качественному состоянию, от простого к сложному, от низшего к высшему;
- б) процесс необратимых, направленных и закономерных изменений, приводящий к возникновению количественных, качественных и структурных преобразований психики и поведения человека;
- в) процесс формирования человека, совершающийся путем возникновения на каждой ступени новых качеств, специфических для человека, подготовленных всем предшествующим ходом развития, но не содержащихся в готовом виде на более ранних ступенях;
- г) закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях.

13. Перечислите законы развития, сформулированные Л.С. Выготским:

- а) цикличность развития;
- б) равномерность развития;
- в) неравномерность развития;
- г) эволюционность развития;
- д) сочетание критичности и стабильности развития;
- е) сочетание эволюционности и инволюционности в развитии;
- ж) закон развития психических функций;
- з) закон целостности развития;
- и) закон интеграции-дифференциации развития.

14. Закон развития высших психических функций, по Л.С. Выготскому, означает:

- а) высшие психические функции определяют психическое развитие ребенка;
- б) высшие психические функции возникают первоначально как форма коллективного поведения, сотрудничества с другими людьми и лишь впоследствии они становятся внутренними индивидуальными функциями самого ребенка;
- в) высшие психические функции детерминируют сенсорное, моторное и личностное развитие ребенка;
- г) высшие психические функции образуются как результат психического и личностного развития ребенка.

15. Л.С.Выготский:

- а. способствовал окончательному оформлению специальной психологии и превращению ее в самостоятельную научную область
- б. основал специальную психологию
- в. создал теорию о поэтапном формировании умственных действий
- г. создал теорию социализации и социального влияния

16. Вклад Л.С.Выготского в развитие специальной психологии заключается в:

17. На модели какого нарушения Л.С.Выготский сформулировал ряд общетеоретических положений, оказавших фундаментальное влияние на все дальнейшее изучение аномалий развития?

- а. глухота
- б. слепота
- в. умственная отсталость

18. Установите соответствия:

Автор		Идея, теория, концепция	
а	П.Я.Трошин	1	психологическая теория деятельности
б	В.В. Лебединский	2	теория о мозговой организации высших психических функций
в	А.Р.Лурия	3	концепция культурно-исторического развития психики
г	Л.С. Выготский	4	идея об общих закономерностях нормального и аномального развития
д	А.Н. Леонтьев	5	идея о системном строении дефекта

а _____, б _____, в _____, г _____, д _____.

19. Определите автора научной работы (стрелкой соедините фамилию автора и название работы):

Научная работа		Автор
а	Аномалии личности	Е.Р.Баенская
		Э.Хейссерман
		Б.С.Братусь
б	История развития высших психических функций	В.И.Лубовский
		Л.С.Выготский
		А.Н.Леонтьев
в	Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка	Э.Хейссерман
		Л.С.Выготский
		И.Мамайчук
г	Психологические проблемы диагностики аномального развития детей	С.Д.Забрамная
		В.И.Лубовский
		Л.С.Выготский
д	Нарушения психического развития в детском возрасте	Б.В.Зейгарник
		Л.С.Выготский
		В.В.Лебединский
е	Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей	И.М.Соловьев
		В.Г.Петрова
		М.М.Либлинг

20. Подчеркните адекватные схемы поведения родителей по отношению к ребенку-инвалиду:

- а. принятие ребенка и его дефекта
- б. реакция отрицания
- в. реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки
- г. скрытое отречение, отвержение ребенка

Тест 2

1. Теорию аномального развития разработали:

- а. П.Я.Трошин
- б. А.Р.Лурия
- в. Л.С.Выготский
- г. Ж.И.Шиф

2. В каком году впервые Е.Швальбе употребил термин «дизонтогенез»:

- а. 1911
- б. 1856
- в. 1927
- г. 1937

3. Л.С.Выготский:

- а. способствовал окончательному оформлению специальной психологии и превращению ее самостоятельную научную область
- б. основал специальную психологию
- в. создал теорию о поэтапном формировании умственных действий
- г. создал теорию социализации и социального влияния

4. Докажите, что условия нормального психического развития, выделенные А.Р.Лурией, действительно могут лежать в основе любой классификации нарушенного развития

5. Установите соответствия (отрасли специальной психологии, с развитием которых связана научно-педагогическая деятельность следующих ученых):

Отрасль специальной психологии		Ф.И.О. ученых	
а	Олигофренопсихология	1	А.Р.Лурия
		2	В.Г. Петрова
		3	М.И. Земцова
б	Тифлопсихология	4	Р.Е. Левина
		5	И.М. Соловьев
		6	Т.В. Розанова
в	Сурдопсихология	7	А.Г. Литвак
		8	Г.Л.Выготская
		9	Л.С.Цветкова
г	Логопсихология	10	Л.И. Солнцева
		11	Ж.И.Шиф
		12	Л.В. Занков

а _____, б _____, в _____, г _____.

6. Заполните пропуски (определите отрасли специальной психологии по группам ученых, внесших вклад в их развитие):

Отрасль специальной психологии		Ф.И.О. ученых	
а		Е.Р.Баенская	
		М.М.Либлинг	
		О.С.Никольская	
б		Т.А.Власова	

		Е.С.Слепович
		У.В.Ульянова
		А.И.Мещеряков
		И.А.Соколянский
		А.В.Ярмоленко

7. Психические явления рассматриваются как причинно-обусловленные согласно принципу:

- а. единства сознания и деятельности
- б. детерминизма
- в. развития
- г. отражательности

8. Системогенез – это процесс последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонения. Проиллюстрируйте определение примером.

9. Установите соответствия:

а	Констатирующий эксперимент в специальной психологии	1	Диагностирует уровень актуального развития
		2	Определяет зону ближайшего развития ребенка
		3	Дает возможность организовать адекватную и целенаправленную коррекционную помощь
б	Формирующий эксперимент в специальной психологии	4	Неотъемлемая часть дифференциальной диагностики
		5	Позволяет поставить диагноз
		6	Позволяет определить прогноз

а _____, б _____

10. Установите соответствия:

Автор		Идея, теория, концепция	
а	П.Я.Трошин	1	идея о системном строении дефекта
б	В.В. Лебединский	2	теория о мозговой организации высших психических функций
в	П.Я.Гальперин	3	идея об общих закономерностях нормального и аномального развития
г	Л.С. Выготский	4	концепция культурно-исторического развития психики
д	А.Р. Лурия	5	теория о поэтапном формировании умственных действий.

а _____, б _____, в _____, г _____, д _____.

11. Основные параметры нарушенного развития описал:

- а. В.И. Лубовский
- б. В.В. Лебединский
- в. Л.С. Выготский
- г. С.Я. Рубинштейн

12. Закончите предложение: Л.С.Выготский выдвинул положение о первичном дефекте, наиболее близко связанным с повреждением нервной системы, и ряде вторичных дефектов, отражающих нарушения психического развития. Им было показано значение этих вторичных дефектов для

13. Заполните пропуски:

Вид дизонтогенеза	Тип расстройства	Типичная модель
	Отставание в развитии	
Задержанное развитие		
		РДА

14. Установите соответствия:

Группа закономерностей психического развития		Пример закономерностей психического развития	
а	Общие	1	Изменения в развитии личности ребенка
б	Модально-неспецифическ.	2	Более позднее появление неологизмов в речи ребенка
в	Модально-специфические	3	Социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций
		4	Нарушение способности к приему и переработке информации

а _____, б _____, в _____.

15. Докажите, что нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации действительно является модально-неспецифической закономерностью психического развития ребенка

16. Система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах, называется _____.

17. Сфера интегрированного обучения, как и сфера реабилитации, во многом связана с соотношением возможностей и ценностей человека. Однако, помимо собственно организационных и методических вопросов, эта проблематика имеет и особое психологическое содержание, связанное с понятием:

- а. девиация
- б. декомпенсация
- в. интериоризация
- г. социальная ситуация развития

18. Сфера инклюзивного образования, как и сфера реабилитации, во многом связана с соотношением возможностей и ценностей человека. Однако, помимо собственно организационных и методических вопросов, эта проблематика имеет и особое психологическое содержание, связанное с понятием:

- а. абилитация
- б. гиперкомпенсация
- в. интериоризация
- г. социальная ситуация развития

19. Дополните предложение: Умственная отсталость – это понятие собирательное, потому что

20. Стойкое недоразвитие познавательной деятельности, всей личности в целом, вследствие диффузного органического поражения коры головного мозга - это

- а. деменция
- б. ДЦП
- в. ЗПР
- г. олигофрения

Структура дефекта при _____

<i>Первичный дефект</i>	Нарушение констант темперамента
<i>Вторичный дефект</i>	Нарушение эмоционально- аффективной сферы
<i>Третичный дефект</i>	Специфика развития личности Дезадаптация

7. Заполните таблицу:

Структура дефекта при нарушениях зрения

<i>Первичный дефект</i>	
<i>Вторичный дефект</i>	
<i>Третичный дефект</i>	

Структура дефекта при ДЦП

<i>Первичный дефект</i>	
<i>Вторичный дефект</i>	
<i>Третичный дефект</i>	

8. Вставьте пропуски:

Структура дефекта при раннем детском аутизме

<i>Первичный дефект</i>	Энергетическая недостаточность Нарушение инстинктивно-аффективной сферы
<i>Вторичный дефект</i>	
<i>Третичный дефект</i>	

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. История становления специальной психологии. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.
2. Специальная психология как наука об особенностях развития психики детей с нарушениями онтогенеза. Предмет, отрасли специальной психологии. Внутрисистемные и междисциплинарные связи специальной психологии.
3. Задачи специальной психологии (по В.И. Лубовскому).
4. Роль и значение Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии. Современное состояние специальной психологии.
5. Концептуальные основы специальной психологии: культурно-историческая теория развития психики (Л.С. Выготский).
6. Концептуальные основы специальной психологии: теория мозговой локализации высших психических функций (А.Р. Лурия).
7. Концептуальные основы специальной психологии: психологическая теория деятельности (А.Н. Леонтьев).
8. Концептуальные основы специальной психологии: теория поэтапного формирования умственных действий (П.Я. Гальперина).
9. Концептуальные основы специальной психологии: современные теоретические представления о социализации и социальных влияниях.
10. Отличительные черты классификации психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10), Международной классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-V).
11. Классификация вариантов психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
12. Основные подходы в решении проблемы «норма-патология». Уровневая концепция в решении проблемы «норма-патология».
13. Основные условия нормального психического развития (по А.Р.Лурии). Причины отклонения в психическом развитии.
14. Биологические факторы нарушений развития.
15. Опосредующие факторы нарушений развития. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием.
16. Психосоциальные факторы нарушений развития.
17. Наиболее важные факторы депривации (по Д.Н. Исаеву и И.А. Шаповал).
18. Депривационные симптомы и симптомокомплексы (по И.А. Шаповал).
19. Сущность депривационных феноменов. Депривационная ситуация и депривационное явление. Виды депривации (по Й. Лангмейеру и З. Матейчеку).
20. Принципы специальной психологии. Понятие «системогенез».
21. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности метода эксперимента.
22. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности беседы, метода сбора психологического анамнеза.
23. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: использование стандартизированных техник (тестов).
24. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности метода наблюдения.

25. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности самонаблюдения в специальной психологии. Понятие «дефект-центризм».
26. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: использование анкетирования, метода анализа продуктов деятельности.
27. Общие закономерности психического развития у детей с нарушениями онтогенеза.
28. Модально-неспецифические закономерности психического развития, которые выделяют традиционно (по В.И. Лубовскому, Т.А. Власовой и др.).
29. Модально-неспецифические закономерности психического развития у детей с нарушениями онтогенеза, которые выделяют последнее время (по В.М. Сорокину).
30. Модально-специфические закономерности психического развития у детей с нарушениями онтогенеза.
31. Структура нарушенного развития. Понятия «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
32. Параметры дизонтогенеза в специальной психологии (по В.В.Лебединскому).
33. Личностные реакции на первичный дефект.
34. Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии: базовый механизм.
35. Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии: механизм, связанный с сензитивными периодами становления разных сторон психики; депривационный механизм.
36. Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии: коммуникативный, деятельностный.
37. Коррекция, реабилитация, абилитация как категории специальной психологии.
38. Компенсация как категория специальной психологии.
39. Понятия «декомпенсация», «гиперкомпенсация», «псевдокомпенсация». Адаптационные и компенсаторные процессы.
40. Понятия «защитные механизмы», «копинг-стратегии».
41. Общее психическое недоразвитие: определение олигофрении, причины возникновения, структура нарушенного развития, клинико-патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой.
42. Понятие «умственно отсталый ребенок». Степени олигофрении и их психологическая характеристика. Классификация форм олигофрении (по М.С. Певзнер).
43. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии. Особенности социализации и социальной адаптации при психическом недоразвитии.
44. Задержанное психическое развитие: понятие, причины возникновения, структура дефекта (по Е.С. Слепович). Основные отличия олигофрении от задержки психического развития.
45. Основные варианты задержки психического развития (по К.С.Лебединской).
46. Понятия «психический инфантилизм», «гармонический инфантилизм», «моторный инфантилизм», «соматогенный инфантилизм», «дисгармонический инфантилизм», «органический инфантилизм».

47. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при задержанном развитии.
48. Психологическая сущность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).
49. Поврежденное психическое развитие: этиология, структура дефекта. Виды органической деменции. Основные отличия олигофрении от деменции. Типология органической деменции (по Г.Е. Сухаревой). Понятие «полевое поведение».
50. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при поврежденном развитии.
51. Дефицитарное психическое развитие: этиология, структура дефекта, систематика нарушений детей с нарушением слуха. Этиология, структура дефекта, систематика нарушений детей с нарушениями зрения.
52. Дефицитарное психическое развитие: этиология, структура дефекта, систематика нарушений у детей с недостаточностью двигательной сферы. Формы ДЦП согласно классификации К.А. Семеновой.
53. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.
54. Искаженное психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, четыре группы детей с аутизмом.
55. Определение раннего детского аутизма. Характерные признаки его проявления. Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера.
56. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии.
57. Дисгармоническое психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, виды по происхождению. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы.
58. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии.
59. Схемы поведения родителей по отношению к ребенку с особенностями психофизического развития (по В.С. Соммерсу).
60. Социально-психологические проблемы специальной психологии.
61. Типичные признаки, характеризующие семью, воспитывающую ребенка-инвалида (по Л.М. Шипицыной).
62. Закономерности деформации семьи при рождении ребенка-инвалида на психологическом, социальном, соматическом уровнях.

Квалификационные задания (варианты характеристик прилагаются)

1. Прочитайте характеристику.
2. Определите, каких данных в ней не хватает.
3. Определите, какие методы использованы для составления документа.
4. Определите, какой вариант дизонтогенеза описан.
5. Обоснуйте свое мнение.

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ (учебная программа)

КОНТРОЛЬНЫЙ
ЭКЗЕМПЛЯР

Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»



Проректор по учебной работе БГПУ

С.И. Василец

« 22.12. 2021 г.

Регистрационный № УД-22-2-57 /42.
2221

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебная программа учреждения высшего образования
по учебной дисциплине для специальностей

1-03 03 01 Логопедия

1-03 03 06 Сурдопедагогика

1-03 03 07 Тифлопедагогика

1-03 03 08 Олигофренопедагогика

2021 г.

Учебная программа составлена на основе учебных планов учреждения высшего образования специальностей 1-3 03 01 Логопедия, 1-03 03 06 Сурдопедагогика, 1-03 03 07 Тифлопедагогика, 1-03 03 08 Олигофренопедагогика, типовой учебной программы «Основы специальной психологии» (ТД- /тип. 2021).

СОСТАВИТЕЛИ:

Е.А. Лемех, доцент кафедры специальной педагогики Института инклюзивного образования учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», кандидат психологических наук, доцент;

О.Ю. Светлакова, старший преподаватель кафедры специальной педагогики Института инклюзивного образования учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка»;

Л.Н. Борисова, педагог-психолог ГУО «Специальный детский сад №235 г. Минска»

Заведующий ГУО «Специальный детский сад №235 г. Минска» Л.Н. Борисова



РЕКОМЕНДОВАНА К УТВЕРЖДЕНИЮ:

Кафедрой специальной педагогики
(протокол № 5 от 02.11.2021 г.)
Заведующий кафедрой



Д.Н. Забелич

Научно-методическим советом учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка»
(протокол № 3 от 22.12. 2021)

Оформление учебной программы и сопровождающих ее материалов действующим требованиям Министерства образования Республики Беларусь соответствует.

Методист УМО БГПУ

А.В. Виноградова

Директор библиотеки

Н.П. Сятковская



ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебная программа по учебной дисциплине «Основы специальной психологии» является составной частью модуля «Психологические основы инклюзивного и специального образования – 1» для учреждений высшего образования Республики Беларусь. Она разработана в соответствии с требованиями образовательного стандарта высшего образования первой ступени и включена в государственный компонент подготовки по специальностям: 1-03 03 01 Логопедия; 1-03 03 06 Сурдопедагогика; 1-03 03 07 Тифлопедагогика; 01-03 03 08 Олигофренопедагогика. Представлена двумя разделами: «Общие вопросы курса "Основы специальной психологии"» и «Варианты дизонтогенеза».

Целью изучения учебной дисциплины является формирование у студентов представлений о закономерностях развития и функционирования психики в условиях дизонтогенеза, овладение системой знаний о теоретических и прикладных аспектах науки, обеспечение мотивационно-ценностного компонента профессиональной подготовки будущих специалистов.

Задачи изучения учебной дисциплины:

- сформировать базовые представления о методологических основах и структуре специальной психологии как самостоятельной отрасли психологической науки;
- сформировать системные знания о сущности феномена нарушенного развития, его структуре и свойствах, общих и специфических закономерностях;
- развивать научное мировоззрение и профессиональную мотивацию.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием соответствующего профиля, связи с другими учебными дисциплинами.

Освоение учебной дисциплины «Основы специальной психологии» опирается на знания, полученные при изучении таких учебных дисциплин как «Нейрофизиология и сенсорные системы», «Биологические основы психофизического развития», «Общая и социальная психология».

В результате изучения учебной дисциплины студент должен *знать*:

- категориальный аппарат специальной психологии;
- общие и специфические закономерности нарушенного развития;
- основные функции психики человека и их особенности при различных видах дизонтогенеза;

уметь:

- различать причину и следствие в условиях нарушенного развития;
- определять параметры дизонтогенеза;
- определять психологическую структуру дефекта при нарушениях психофизического развития;
- анализировать психологические характеристики детей с ОПФР;

владеть:

- современными классификациями нарушений в развитии;
- спецификой методов исследования при разных видах дизонтогенеза.

Освоение учебной дисциплины «Основы специальной психологии» должно обеспечить формирование следующих компетенций:

базовой профессиональной (БПК-9):

применять знания и умения в области психологических основ педагогической деятельности в образовательном процессе;

специализированной (СК-1):

проектировать образовательный процесс с обучающимися с особыми образовательными потребностями на основе системы психологических знаний и умений.

Общее количество часов и количество аудиторных часов, отводимое на изучение учебной дисциплины в соответствии учебными планами по специальностям.

В соответствии с учебными планами специальностей на изучение учебной дисциплины «Основы специальной психологии» отводится 108 академических часов (3 зачетные единицы), в том числе аудиторные занятия составляют 48 часов, из них лекционные занятия – 20 часов, практические – 28 часов. На самостоятельную работу студента отводится 60 часов. Форма контроля знаний и компетенций – экзамен (2 семестр 1 курса).

На изучение указанной учебной дисциплины на заочной форме получения образования отводится 12 аудиторных часов. Распределение аудиторных часов по видам занятий: 6 часов лекций, 6 часов практических занятий. Учебная дисциплина «Основы специальной психологии» изучается студентами заочной формы получения образования в 3 семестре 2 курса. Форма контроля знаний и компетенций – экзамен (4 семестр 2 курса).

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»

Тема 1.1. История становления специальной психологии. Предмет специальной психологии, ее задачи, связь с другими науками

Историческая последовательность формирования знаний об отклонениях в развитии. Каритативная, клиническая, реабилитационная, социокультурная модели отношения к людям с нарушениями в развитии.

Специальная психология как научный курс, предметом которого является развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях. Основные отрасли современной специальной психологии. Систематизация задач специальной психологии (по В.И. Лубовскому). Междисциплинарный статус специальной психологии: внутрипсихологический уровень и внешнепсихологический уровень взаимосвязи.

Роль и значение Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии. Современное состояние специальной психологии. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.

Тема 1.2. Проблема нормы и патологии в современных науках о человеке

Понятие «среднестатистическая норма», «функциональная норма». Основные условия нормального психического развития (по А.Р. Лурии). Основные подходы к решению проблемы «норма-патология»: интуитивно-эмпирический, частотный, культурально-релятивный, адаптационный, гуманистический, уровневый.

Дихотомия «норма-патология» с точки зрения уровневого подхода. Сочетание нарушений психофизиологического, индивидуально-психологического и личностно-смыслового уровней при психическом недоразвитии, задержанном, поврежденном, дефицитарном, искаженном, дисгармоническом развитии.

Тренинг эмпатии «Дети с особенностями психофизического развития».

Технологии мышледеятельности. Цикл тренинговых упражнений на развитие толерантности, эмпатии по отношению к детям с особенностями психофизического развития.

Тема 1.3. Причины отклонений в психическом развитии. Классификации детей с особенностями психофизического развития

Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития (генетические, пренатальные, натальные, постнатальные вредности); психосоциальные факторы отклоняющегося развития (депривационные феномены как причина и следствие нарушенного развития). Факторы резистентности и уязвимости. Опосредующие факторы: преимущественная

локализация вредоносного воздействия, его интенсивность, экспозиция, частота, собственные свойства индивида (возраст, компенсаторные возможности), качество оказываемой помощи. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием.

Классификация как метод научного познания. Классификация детей с особенностями психофизического развития в зависимости от вида оказания им помощи в Республике Беларусь. Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Современные классификации В.В. Лебединского, Т.В. Семенович, М.М. Семаго.

Тема 1.4. Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии

Применение концептуальных источников в специальной психологии: культурно-историческая теория Л.С. Выготского о происхождении человеческой психики; теория А.Р. Лурии о мозговой организации высших психических функций; психологическая теория деятельности А.Н. Леонтьева; теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий; теория социализации и социального влияния.

Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией: принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, генетический принцип. Понятие «системогенез». Специфичные принципы специальной психологии: принцип комплексности, принцип системного структурно-динамического изучения, принцип качественного анализа, сравнительный принцип, принцип раннего диагностического изучения, принцип выявления и учета потенциальных возможностей ребенка, принцип единства диагностической и коррекционной помощи детям с ОПФР.

Понятие о научном методе. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии. Метод беседы в специальной психологии. Наблюдение как метод в специальной психологии, его своеобразие в процессе изучения лиц с ОПФР. Особенности самонаблюдения в специальной психологии. Виды и формы экспериментальных техник, применяемых в специальной психологии. Особенности использования метода эксперимента. Стандартизированные психодиагностические процедуры и их использование в специальной психологии. Метод анкет и опросов, метод анализа продуктов деятельности в специальной психологии. Анамнестический метод в процессе изучения различных форм нарушенного развития.

Тема 1.5. Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития

Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития: взаимодействие биологического и социального факторов развития; единство психики и деятельности; поэтапность развития; системность развития и т.д.

Модально-неспецифические закономерности: нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации; снижение общей психической активности в познании предметного и социального мира, и как следствие, затруднение взаимодействия с социальной средой, риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности; снижение общего уровня развития, и как следствие, более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности; возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития ребенка с дизонтогенезом; нарушение словесной регуляции деятельности - недостаточность и специфические особенности словесного опосредования; нарушение у всех детей, в разной мере и форме, речевого общения; иной, чем у нормально развивающихся детей, качественный состав ведущих функций интеллекта; высокая степень зависимости каждой из психических функций от уровня развития остальных; более медленный темп развития, несовпадение с сензитивными периодами; изменения в развитии личности ребенка; наличие потенциальных возможностей формирования психики у детей с нарушениями развития в виде зоны ближайшего развития.

Модально-специфические закономерности: возможность выработки новых условных связей без участия речи или при частичном словесном опосредовании у детей с интеллектуальной недостаточностью; низкий уровень познавательной активности при относительно высоких потенциальных возможностях обобщения и отвлечения, проявляющихся при сотрудничестве с взрослым у детей с задержкой психического развития и т.д.

Закономерности, характеризующие развитие психики детей внутри одного вида нарушений в психическом развитии.

Основные параметры дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому). Понятие о структуре нарушенного развития. Представление о первичном (ядерном), вторичном (системном), третичном (неспецифическом) дефекте в психическом развитии. Понятие «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».

Механизмы формирования вторичных отклонений: основной механизм вторичных нарушений; механизм, связанный с сензитивными периодами становления разных сторон психики; коммуникативный; деятельностный; депривационный.

Личностные реакции на первичный дефект: игнорирование, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, астенический тип реагирования.

Тема 1.6. Особенности развития психики в условиях разных видов депривации

Сущность депривационных феноменов. Факторы, последовательно осложняющие жизнь ребенка и его физическое и психоэмоциональное развитие (по И.А. Шаповал): пребывание в круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, больницах или санаториях; изолированность семьи от ближайшего окружения; неправильное воспитание в семье; неадекватное или искаженное

внутрисемейное общение; воспитание психически больным или неполноценным родителем; межличностные факторы; личностные факторы.

Депривационные симптомы и симптомокомплексы (по И.А.Шаповал): задержка и искажения интеллектуального развития (от легких временных парциальных до интеллектуальной недостаточности, обеднения познавательной сферы); эмоциональные расстройства и искажения формирования эмоций; волевые нарушения (от снижения активности до выраженной пассивности); коммуникативные нарушения (от легких аутистических тенденций до парааутизма как стойкого состояния); двигательные стереотипии и привычные действия в бодрствовании; расстройства инстинктивной сферы и функциональные соматовегетативные проявления.

Виды депривации: культуральная и социальная депривации; сенсорная депривация; коммуникативная депривация; материнская депривация. Депривация и нарушенное развитие. Принципы профилактики депривационных явлений (по Й. Лангмейеру, З. Матейчику).

Тема 1.7. Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально-психологическая реабилитация и абилитация

Понятие о компенсаторных феноменах. Внутрисистемная компенсация. Межсистемная компенсация. Фазы протекания компенсаторных процессов: обнаружение того или иного нарушения в работе организма; оценка параметров нарушения, его локализации и глубины; формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида; включение этой программы, контроль ее реализации; остановка компенсаторного механизма и закрепление его результатов.

Уровни реализации компенсаторных процессов: биологический или телесный; психологический; социально-психологический; социальный.

Защитные механизмы и копинг-стратегии. Теория о сверхкомпенсации А.Адлера. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы. Понятие «коррекция». Понятия «реабилитация», «абилитация»: сходство и различия.

Тема 1.8. Социально-психологические проблемы специальной психологии

Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипицыной). Качественные изменения семьи ребенка с ОПФР, происходящие на психологическом, соматическом, социальном уровнях. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С. Соммерсу).

Категориальный аппарат специальной психологии. Определения, их суть, иллюстрация примерами: абилитация, адаптация психологическая, асинхрония, дезадаптация, депривация, особенности психофизического развития, дефект органический, дефект функциональный, дефект-центризм, дизонтогенез, диффузное поражение, инертность, компенсация, коррекция,

множественные физические и (или) психические нарушения, нарушения первичные (ядерные), нарушения вторичные (системные), нарушения третичные (неспецифические), парциальное недоразвитие, патогенная ситуация, полевое поведение, пограничные состояния, распад, реабилитация, резидуально-органические расстройства, ретардация, системогенез, социализация, структура нарушенного развития, тотальное недоразвитие, тяжелые физические и (или) психические нарушения, физическое и (или) психическое нарушение и т.д.

РАЗДЕЛ 2. ВАРИАНТЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Тема 2.1. Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие

Олигофрения – форма тотального психического недоразвития. Понятие «умственная отсталость». Анализ существенных признаков умственной отсталости. Этиология. Структура дефекта. Степени олигофрении, их психологическая характеристика. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Клинико-патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой. Классификация М.С.Певзнер.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии. Особенности социализации и социальной адаптации при психическом недоразвитии.

Органическая деменция. Этиология. Виды органической деменции по этиологическому критерию (эпилептическая, травматическая, склеротическая и т.д.) Систематика органической деменции исходя из критерия динамики болезненного процесса: резидуальная и прогрессирующая. Структура дефекта. Классификация Г.Е. Сухаревой. Понятие «полевое поведение». Различия в динамике деменции и олигофрении.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при поврежденном развитии.

Тема 2.2. Задержанное развитие

Понятие «задержка психического развития». История изучения детей с задержкой психического развития, представленность в популяции. Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и зарубежом. Этиология. Структура дефекта (по Е.С. Слепович). Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С. Лебединской. Понятия «психический инфантилизм», «гармонический инфантилизм», «моторный инфантилизм», «соматогенный инфантилизм», «дисгармонический инфантилизм», «органический инфантилизм». Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Психический статус ребенка с задержкой психического развития. Понятие «минимальная мозговая дисфункция». Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление

минимальной мозговой дисфункции: психологическая характеристика, перспективы преодоления.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при задержанном развитии.

Тема 2.3. Дефицитарное развитие

Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха. Систематика нарушений сенсорной сферы. Этиология. Взаимосвязь степени выраженности сенсорного дефекта от времени его возникновения. Структура дефекта. Специфика компенсаторных процессов.

Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Детский церебральный паралич (ДЦП) – как основная причина двигательных расстройств в детском возрасте. Этиология ДЦП. Формы ДЦП (по К.А. Семеновой): спастическая диплегия (болезнь Литтля), двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астеническая форма, гемипаретическая форма. Структура дефекта.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.

Тема 2.4. Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие

Понятие «расстройства аутистического спектра» (РАС). Характерные признаки проявления РАС (по В.И.Лубовскому). История изучения детей с аутизмом, представленность в популяции. Этиология. Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Классификация состояний по степени тяжести: полная отрешенность от происходящего; активное отвержение; захваченность аутистическими интересами; трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми. Структура дефекта (по В.В. Лебединскому). Проблемы дифференциальной диагностики РАС.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии.

Психопатия как форма дисгармонии личности. Определение психопатии. История изучения детей с дисгармоническим развитием личности, представленность в популяции. Этиология. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Виды психопатий по происхождению: ядерные (конституциональные), краевые (приобретенные), органические. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы (по О.В. Кербикову): возбудимые, неустойчивые, тормозимые, психастенические, шизоидные, мозаичные. Структура дефекта (по В.В. Лебединскому).

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

дневная форма получения образования

Номер раздела, темы, занятия	Название раздела, темы, занятия; перечень изучаемых вопросов	Количество аудиторных часов			Самостоятельная (внеаудиторная) работа	Методические пособия, средства обучения
		Лекции	Практические занятия	Лабораторные занятия		
1 курс 2 семестр						
1	РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КУРСА «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»»	12	20		40	
1.1	История становления специальной психологии. Предмет специальной психологии, ее задачи, связь с другими науками	2	2		6	
1.1.1	Специальная психология как научный курс	2	-		2	
1.1.2	Историческая последовательность формирования знаний об отклонениях в развитии	-	2		4	
1.2	Проблема нормы и патологии в современных науках о человеке	-	4		2	
1.2.1	Тренинг эмпатии «Дети с особенностями психофизического развития»	-	2		-	
1.2.1	Дихотомия «норма – патология» в современных науках о человеке	-	2		2	
1.3	Причины отклонений в психическом развитии. Классификации детей с особенностями психофизического развития	2	-		2	2
1.4	Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии	2	2		4	

1.4.1	Концептуальные источники и принципы специальной психологии	2	-		2	
1.4.2	Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии	-	2		2	2
1.5	<i>Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития</i>	4	4		10	
1.5.1	Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития. Модально-неспецифические закономерности	2	-		2	2
1.5.2	Модально-специфические закономерности. Закономерности, характеризующие развитие психики детей внутри одного вида нарушений в психическом развитии	2	-		2	2
1.5.3	Основные параметры дизонтогенеза	-	2		2	
1.5.4	Механизмы формирования вторичных отклонений при дизонтогенезе	-	2		4	
1.6	<i>Особенности развития психики в условиях разных видов депривации</i>	-	2		2	
1.7	<i>Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально-психологическая реабилитация и абилитация</i>	2	2		4	
1.7.1	Понятие о компенсаторных феноменах. Реабилитация и абилитация	2	-		2	
1.7.2	Защитные механизмы и копинг-стратегии	-	2		2	
1.8	<i>Социально-психологические проблемы специальной психологии</i>	-	4		10	
1.8.1	Характеристика семей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития	-	2		2	
1.8.2	Категориальный аппарат специальной психологии	-	2		8	
2.	РАЗДЕЛ 2. ВАРИАНТЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА	8	8		20	

2.1	<i>Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие</i>	2	2		4	
2.1.1	Анализ существенных признаков интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости). Этиология. Психологическая структура дефекта. Классификации	2	-		2	2
2.1.2	Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии и поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации	-	2		2	1, 3
2.2	<i>Задержанное развитие</i>	2	2		4	
2.2.1	Понятие «задержка психического развития». Этиология. Психологическая структура дефекта. Классификации	2	-		2	2
2.2.2	Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации	-	2		2	1, 3
2.3	<i>Дефицитарное развитие</i>	2	2		6	
2.3.1	Нарушения развития в связи с недостаточностью сенсорной и двигательной сферы. Этиология. Психологическая структура дефекта. Классификации	2	-		2	2
2.3.2	Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации	-	2		4	1, 3
2.4	<i>Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие</i>	2	2		6	
2.4.1	Понятия «расстройства аутистического спектра», «психопатия». Этиология. Психологическая структура дефекта. Классификации	2	-		2	2
2.4.2	Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном и дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации	-	2		4	1, 3
	Итого:	20	28		60	

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
заочная форма получения образования

Номер раздела, темы, занятия	Название раздела, темы, занятия; перечень изучаемых вопросов	Количество аудиторных часов			Самостоятельная (внеаудиторная) работа	Методические пособия, средства обучения
		Лекции	Практические занятия	Лабораторные занятия		
2 курс 3 семестр						
1	РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КУРСА «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»»	6	-			
1.1	История становления специальной психологии. Предмет специальной психологии, ее задачи, связь с другими науками	2	-			
1.3	Причины отклонений в психическом развитии. Классификации детей с особенностями психофизического развития	2	-			2
1.5	Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития	2	-			2
2.	РАЗДЕЛ 2. ВАРИАНТЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА	-	6			
2.1	Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие	-	2			1, 2, 3
2.2	Задержанное развитие	-	2			1, 2, 3
2.4	Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие	-	2			1, 2, 3

	Итого:	6	6				
<i>2 курс 4 семестр</i>							

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Лемех, Е. А. Основы специальной психологии : учеб. пособие / Е. А. Лемех. – Минск : Респ. ин-т проф. образования, 2017. – 218 с.
2. Специальная психология : учеб. для студентов вузов / Е. С. Слепович [и др.] ; под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. – Минск : Выш. шк., 2021. – 527 с.

Дополнительная литература

3. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчик. – Прага : Авиценум, 1984. – 335 с.
4. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие / В. В. Лебединский. – М. : Академия, 2003. – 144 с.
5. Слепович, Е. С. Белорусская специальная психология: преемственность и новации / Е. С. Слепович, А. М. Поляков // Журн. практ. психолога. – 2006. – № 6. – С. 61–75.
6. Сорокин, В. М. Практикум по специальной психологии : учеб.-метод. пособие / В. М. Сорокин, В. Л. Кокоренко ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 122 с.
7. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 216 с.
8. Специальная психология : учеб. пособие с практикумом для вузов / О. В. Елецкая [и др.] ; под общ. ред. О. В. Елецкой. – М. : Владос, 2020. – 575 с.
9. Специальная психология : учеб. для акад. бакалавриата / Л. М. Шипицына [и др.] ; под ред. Л. М. Шипицыной. – М. : Юрайт, 2017. – 287 с.
10. Специальная психология : учеб. для бакалавриата и магистратуры : в 2 т. / В. И. Лубовский [и др.] ; под ред. В. И. Лубовского. – 7-е изд., перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2014. – Т. 1. – 702 с.
11. Усанова, О. Н. Специальная психология : учеб. пособие для студентов вузов / О. Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2006. – 400 с.
12. Шаповал, И. А. Специальная психология : учеб. пособие / И. А. Шаповал. – М. : Сфера, 2005. – 224 с.

Содержание заданий по самостоятельной работе студентов

№ п/п	Название раздела, темы	К-во часов на СРС	Задание	Форма выполнения
1	РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КУРСА «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»			
1.1.1	Специальная психология как научный курс	2	<u>Уровень узнавания:</u> определить предмет специальной психологии как науки, перечислить отрасли специальной психологии, ее задачи. <u>Уровень воспроизведения:</u> составить структурно-логическую схему», «Междисциплинарные связи специальной психологии». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> подготовить и защитить мультимедийный проект «Выдающиеся ученые, внесшие вклад в развитие специальной психологии».	Устные ответы на контрольные вопросы; структурно-логические схемы; мультимедийный проект с защитой
1.1.2	Историческая последовательность формирования знаний об отклонениях в развитии	4	<u>Уровень узнавания:</u> по описанию определить отрасль специальной психологии. <u>Уровень воспроизведения:</u> составить структурно-логическую схему «Последовательность возникновения отраслей специальной психологии». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> подготовить и защитить мультимедийный проект «Выдающиеся ученые, внесшие вклад в развитие специальной психологии».	Устные ответы на контрольные вопросы; структурно-логические схемы; мультимедийный проект с защитой
1.2	Проблема нормы и	2	<u>Уровень узнавания:</u> привести примеры, характеризующие условия нормального психического	Устные ответы на контрольные вопросы;

	патологии в современных науках о человеке		развития (по А.Р.Лурии); проиллюстрировать основные подходы к решению проблемы «норма-патология»: интуитивно-эмпирический, частотный, культурально-релятивный, адаптационный, гуманистический, уровневый. <u>Уровень воспроизведения:</u> законспектировать источник: Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 304 с. Проанализировать текст, составив структурно-логическую схему «Дихотомия «норма-патология» с точки зрения уровневого подхода». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> подготовить и защитить мультимедийный проект «Значение проблемы «норма – патология» для специальной психологии» либо написать эссе на данную тему.	конспект; структурно-логическая схема; мультимедийный проект с защитой; эссе
1.3	Причины отклонений в психическом развитии. Классификации детей с особенностями психофизического развития	2	<u>Уровень узнавания:</u> привести примеры биологических и психосоциальных нарушений развития; соотнеси предложенный вариант дизонтогенеза с классификацией В.В. Лебединского. <u>Уровень воспроизведения:</u> составить таблицу «Биологические и психосоциальные причины нарушений развития»; квалифицировать нарушения развития с учетом классификаций. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> подготовить и защитить мультимедийный проект «Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушениями развития»	Устные ответы на контрольные вопросы; тематическая таблица; мультимедийный проект с защитой

1.4	Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии	4	<u>Уровень узнавания:</u> перечислить концептуальные источники специальной психологии; перечислить общие и специфические принципы и методы специальной психологии. <u>Уровень воспроизведения:</u> заполнить таблицу «Значение теорий Л.С. Выготского, А.Р. Лурии А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина для специальной психологии»; заполнить компаративную таблицу «Специфика методов специальной психологии». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> проиллюстрировать примерами возможность применения теорий Л.С. Выготского, А.Р. Лурии А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина для реализации задач специальной психологии; проиллюстрировать примерами методы специальной психологии.	Устные ответы на контрольные вопросы; тематическая таблица; компаративная таблица.
1.5.1	Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития. Модально-неспецифические закономерности	2	<u>Уровень узнавания:</u> привести прямые и обратные примеры общих, модально-неспецифических, закономерностей. <u>Уровень воспроизведения:</u> составить структурно-логическую схему «Модально-неспецифические закономерности нарушенного развития». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> составить аннотированный список работ по заявленной теме.	Подготовка к рейтинговой контрольной работе; устные ответы на контрольные вопросы; структурно-логические схемы; аннотированный список научных работ
1.5.2	Модально-специфические закономерности. Закономерности, характеризующие развитие	2	<u>Уровень узнавания:</u> привести прямые и обратные примеры модально-специфических закономерностей. <u>Уровень воспроизведения:</u> составить структурно-логические схемы «Закономерности нарушенного	Подготовка к рейтинговой контрольной работе; устные ответы на контрольные вопросы;

	психики детей внутри одного вида нарушений в психическом развитии		развития». <u>Уровень применения полученных знаний</u> : составить аннотированный список работ, характеризующих закономерности нарушенного развития.	структурно-логические схемы; аннотированный список научных работ
1.5.3	Основные параметры дизонтогенеза	2	<u>Уровень узнавания</u> : перечислить параметры дизонтогенеза. <u>Уровень воспроизведения</u> : составить структурно-логическую схему «Параметры дизонтогенеза»; воспроизводить структуры дефекта при разных нарушениях развития. <u>Уровень применения полученных знаний</u> : на выбор. 1. Подготовить мультимедийную презентацию «Сравнительный анализ «первичных», «вторичных», «третичных» нарушений при разных вариантах дизонтогенеза». 2. Составить аннотированный список работ по заявленной теме.	Подготовка к рейтинговой контрольной работе; устные ответы на контрольные вопросы; структурно-логические схемы; мультимедийная презентация; аннотированный список научных работ
1.5.4	Механизмы формирования вторичных отклонений при дизонтогенезе	4	<u>Уровень узнавания</u> : узнавать механизмы формирования вторичных нарушений по их описанию; классифицировать нарушение развития по приведенной структуре дефекта. <u>Уровень воспроизведения</u> : составить структурно-логическую схему «Механизмы нарушений системных нарушений»; воспроизводить структуры дефекта при разных нарушениях развития. <u>Уровень применения полученных знаний</u> : составить аннотированный список работ по заявленной теме.	Подготовка к рейтинговой контрольной работе; устные ответы на контрольные вопросы; структурно-логические схемы; мультимедийная презентация; аннотированный список научных работ

1.6	Особенности развития психики в условиях разных видов депривации	2	<u>Уровень узнавания:</u> определять по описанию депривационную ситуацию и депривационные явления. <u>Уровень воспроизведения:</u> законспектировать источник: Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчик. – Прага, ЧССР : АВИЦЕНУМ, 1984. – С. 25–59. Проанализировать текст, составить компаративную таблицу «Изоляция-сепарация»; тематическую таблицу «Синдром госпитализма». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> на выбор. 1. Подготовить мультимедийную презентацию «Депривация и дизонтогенез». 2. Составить аннотированный список работ (либо написать реферат), характеризующих синдром госпитализма.	Устные ответы на контрольные вопросы; компаративная таблица; тематическая таблица; реферат; мультимедийная презентация; аннотированный список научных работ
1.7	Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально-психологическая реабилитация и абилитация	4	<u>Уровень узнавания:</u> определять по описанию, что относится к компенсации, декомпенсации, псевдокомпенсации, гиперкомпенсации, коррекции, реабилитации, абилитации, защитным механизмам и копинг-стратегиям. <u>Уровень воспроизведения:</u> составить компаративную таблицу «Адаптационные и компенсаторные процессы». <u>Уровень применения полученных знаний:</u> подобрать в литературных, научных, видео- источниках иллюстрации к понятиям «компенсация», «декомпенсация», «псевдокомпенсация»,	Устные ответы на контрольные вопросы; компаративная таблица; подбор примеров в научной и художественной литературе

			«гиперкомпенсация», «коррекция», «реабилитация», «абилитация», «защитные механизмы», «копинг-стратегия».	
1.8.1	Характеристика семей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития	2	<u>Уровень узнавания:</u> по фрагментам статей определить изменения, которые происходят с семьей при рождении ребенка-инвалида. <u>Уровень воспроизведения:</u> описать изменения, происходящие с семьей ребенка-инвалида на соматическом, психологическом, социальном уровнях. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> составить список аннотированных работ по заявленной теме.	Устные ответы на контрольные вопросы, аннотированный список научных работ
1.8.2	Категориальный аппарат специальной психологии - 1	4	<u>Уровень узнавания:</u> подготовка к терминологическому коллоквиуму по темам 1-4 (уметь своими словами описать явление и привести пример). <u>Уровень воспроизведения:</u> подготовка к терминологическому коллоквиуму по темам 1-4 (знание 25 научных определений и умение иллюстрировать их примерами). <u>Уровень применения полученных знаний.</u> Подготовить и защитить мультимедийный проект «Социально-психологические проблемы специальной психологии».	Коллоквиум; мультимедийный проект с защитой
	Категориальный аппарат специальной психологии - 2	4	<u>Уровень узнавания:</u> подготовка к терминологическому коллоквиуму по темам 5-8 (уметь своими словами описать явление и привести пример). <u>Уровень воспроизведения:</u> подготовка к терминологическому коллоквиуму по темам 5-8	Коллоквиум; мультимедийный проект с защитой

			(знание 25 научных определений и умение иллюстрировать их примерами). <u>Уровень применения полученных знаний:</u> на выбор. Составить список аннотированных работ по заявленной теме.	
2	РАЗДЕЛ 2. ВАРИАНТЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА			
2.1	Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие	4	<u>Уровень узнавания:</u> по психолого-педагогической характеристике, по видеофрагментам определять наличие олигофрении (деменции). <u>Уровень воспроизведения:</u> изучить учебное пособие Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144с. Составить схему психологической структуры дефекта при олигофрении, при деменции. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> описать отличия структуры дефекта при олигофрении от структуры дефекта при деменции.	Устные ответы на контрольные вопросы; анализ первоисточника; схема психологической структуры дефекта
2.2	Задержанное развитие	4	<u>Уровень узнавания:</u> по психолого-педагогической характеристике, по видеофрагментам определять наличие задержки психического развития. <u>Уровень воспроизведения:</u> изучить учебное пособие Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144с. Составить схему психологической структуры при	Устные ответы на контрольные вопросы; анализ первоисточника; схема психологической структуры дефекта

			задержке психического развития. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> описать отличия структуры дефекта при олигофрении от структуры дефекта при задержке психического развития.	
2.3.1	Нарушения развития в связи с недостаточностью сенсорной и двигательной сферы. Этиология. Психологическая структура дефекта. Классификации	2	<u>Уровень узнавания:</u> по психолого-педагогической характеристике, по видеофрагментам определять наличие нарушений дефицитарного характера. <u>Уровень воспроизведения:</u> изучить учебное пособие Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144с. Составить схему психологической структуры при нарушении слуха, нарушениях зрения, нарушении функций опорно-двигательного аппарата. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> описать сходства и отличия структуры дефекта при дефицитарном развитии.	Устные ответы на контрольные вопросы; анализ первоисточника; схема психологической структуры дефекта
2.3.2	Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации	4	<u>Уровень узнавания:</u> по психолого-педагогической характеристике, по видеофрагментам определять наличие нарушений слуха, зрения, функций опорно-двигательного аппарата, речи. <u>Уровень воспроизведения:</u> изучить учебное пособие Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144с. Составить компаративную таблицу особенностей	Устные ответы на контрольные вопросы; анализ первоисточника; компаративная таблица особенностей познавательной деятельности, личности, межличностных

			познавательной деятельности, личности, межличностных отношений при разных вариантах дефицитарного развития. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> описать сходства и отличия разных вариантов дефицитарного развития.	отношений при разных вариантах дефицитарного развития
2.4.1	Понятия «расстройства аутистического спектра», «психопатия». Этиология. Психологическая структура дефекта. Классификации	2	<u>Уровень узнавания:</u> по психолого-педагогической характеристике, по видеофрагментам определять наличие расстройств аутистического спектра. <u>Уровень воспроизведения:</u> изучить учебное пособие Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144с. Составить схему психологической структуры при раннем детском аутизме. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> описать отличия структуры дефекта при расстройствах аутистического спектра от структуры дефекта при других нарушениях развития.	Устные ответы на контрольные вопросы; анализ первоисточника; схема психологической структуры дефекта
2.4.2	Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном и дисгармоническом развитии. Особенности	4	<u>Уровень узнавания:</u> по психолого-педагогической характеристике, по видеофрагментам определять наличие психопатии. <u>Уровень воспроизведения:</u> изучить учебное пособие Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 144с. Составить характеристику познавательной	Устные ответы на контрольные вопросы; анализ первоисточника; компаративная таблица особенностей познавательной деятельности, личности,

	социализации и социальной адаптации		деятельности, личности, межличностных отношений при расстройствах аутистического спектра, при психопатиях. <u>Уровень применения полученных знаний:</u> описать отличия особенностей познавательной деятельности, личности, межличностных отношений при расстройствах аутистического спектра, при психопатиях от других нарушений.	межличностных отношений при расстройствах аутистического спектра и психопатии
	Итого:	60		

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

63. История становления специальной психологии. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.
64. Специальная психология как наука об особенностях развития психики детей с нарушениями онтогенеза. Предмет, отрасли специальной психологии. Внутрисистемные и междисциплинарные связи специальной психологии.
65. Задачи специальной психологии (по В.И.Лубовскому).
66. Роль и значение Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии. Современное состояние специальной психологии.
67. Концептуальные основы специальной психологии: культурно-историческая теория развития психики (Л.С. Выготский).
68. Концептуальные основы специальной психологии: теория мозговой локализации высших психических функций (А.Р. Лурия).
69. Концептуальные основы специальной психологии: психологическая теория деятельности (А.Н. Леонтьев).
70. Концептуальные основы специальной психологии: теория поэтапного формирования умственных действий (П.Я. Гальперина).
71. Концептуальные основы специальной психологии: современные теоретические представления о социализации и социальных влияниях.
72. Отличительные черты классификации психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10), Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-V).
73. Классификация вариантов психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
74. Основные подходы в решении проблемы «норма-патология». Уровневая концепция в решении проблемы «норма-патология».
75. Основные условия нормального психического развития (по А.Р.Лурии). Причины отклонения в психическом развитии.
76. Биологические факторы нарушений развития.
77. Опосредующие факторы нарушений развития. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием.
78. Психосоциальные факторы нарушений развития.
79. Наиболее важные факторы депривации (по Д.Н.Исаеву и И.А. Шаповал).
80. Депривационные симптомы и симптомокомплексы (по И.А. Шаповал).
81. Сущность депривационных феноменов. Депривационная ситуация и депривационное явление. Виды депривации ([по Й. Лангмейеру и З. Матейчеку](#)).
82. Принципы специальной психологии. Понятие «системогенез».
83. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности метода эксперимента.
84. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности беседы, метода сбора психологического анамнеза.

85. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: использование стандартизированных техник (тестов).
86. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности метода наблюдения.
87. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: особенности самонаблюдения в специальной психологии. Понятие «дефект-центризм».
88. Анализ специфики методов специальной психологии по сравнению с методами других отраслей психологии: использование анкетирования, метода анализа продуктов деятельности.
89. Общие закономерности психического развития у детей с нарушениями онтогенеза.
90. Модально-неспецифические закономерности психического развития, которые выделяют традиционно (по В.И. Лубовскому, Т.А. Власовой и др.).
91. Модально-неспецифические закономерности психического развития у детей с нарушениями онтогенеза, которые выделяют последнее время (по В.М. Сорокину).
92. Модально-специфические закономерности психического развития у детей с нарушениями онтогенеза.
93. Структура нарушенного развития. Понятия «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
94. Параметры дизонтогенеза в специальной психологии (по В.В.Лебединскому).
95. Личностные реакции на первичный дефект.
96. Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии: базовый механизм.
97. Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии: механизм, связанный с сензитивными периодами становления разных сторон психики; депривационный механизм.
98. Механизмы формирования системных нарушений в психическом развитии: коммуникативный, деятельностный.
99. Коррекция, реабилитация, абилитация как категории специальной психологии.
100. Компенсация как категория специальной психологии.
101. Понятия «декомпенсация», «гиперкомпенсация», «псевдокомпенсация». Адаптационные и компенсаторные процессы.
102. Понятия «защитные механизмы», «копинг-стратегии».
103. Общее психическое недоразвитие: определение олигофрении, причины возникновения, структура нарушенного развития, клинико-патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой.

104. Понятие «умственно отсталый ребенок». Степени олигофрении и их психологическая характеристика. Классификация форм олигофрении (по М.С. Певзнер).
105. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при психическом недоразвитии. Особенности социализации и социальной адаптации при психическом недоразвитии.
106. Задержанное психическое развитие: понятие, причины возникновения, структура дефекта (по Е.С. Слепович). Основные отличия олигофрении от задержки психического развития.
107. Основные варианты задержки психического развития (по К.С.Лебединской).
108. Понятия «психический инфантилизм», «гармонический инфантилизм», «моторный инфантилизм», «соматогенный инфантилизм», «дисгармонический инфантилизм», «органический инфантилизм».
109. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при задержанном развитии.
110. Психологическая сущность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).
111. Поврежденное психическое развитие: этиология, структура дефекта. Виды органической деменции. Основные отличия олигофрении от деменции. Типология органической деменции (по Г.Е. Сухаревой). Понятие «полевое поведение».
112. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при поврежденном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при поврежденном развитии.
113. Дефицитарное психическое развитие: этиология, структура дефекта, систематика нарушений детей с нарушением слуха. Этиология, структура дефекта, систематика нарушений детей с нарушениями зрения.
114. Дефицитарное психическое развитие: этиология, структура дефекта, систематика нарушений у детей с недостаточностью двигательной сферы. Формы ДЦП согласно классификации К.А. Семеновой.
115. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.
116. Искаженное психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, четыре группы детей с аутизмом.
117. Определение раннего детского аутизма. Характерные признаки его проявления. Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера.
118. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии

119. Дисгармоническое психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, виды по происхождению. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы.
120. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии.
121. Схемы поведения родителей по отношению к ребенку с особенностями психофизического развития (по В.С. Соммерсу).
122. Социально-психологические проблемы специальной психологии.
123. Типичные признаки, характеризующие семью, воспитывающую ребенка-инвалида (по Л.М.Шипицыной).
124. Закономерности деформации семьи при рождении ребенка-инвалида на психологическом, социальном, соматическом уровнях.

Компетентностно-ориентированные задания к экзамену

Варианты характеристик прилагаются.

6. Прочитайте характеристику.
7. Определите, каких данных в ней не хватает.
8. Определите, какие методы использованы для составления документа.
9. Определите, какой вариант дизонтогенеза описан.
10. Обоснуйте свое мнение.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ДЕСЯТИБАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ

10 (десять) баллов, зачтено:

- систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной дисциплины, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы;
- точное использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы в рамках дисциплины;
- безупречное владение инструментарием учебной дисциплины, умение эффективно использовать его в постановке и решении научных и профессиональных задач;
- полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной программой данной дисциплины;
- творческая самостоятельная работа на практических занятиях, активное участие в групповых обсуждениях, высокий уровень исполнения заданий по дисциплине.

9 (девять) баллов, зачтено:

- систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной дисциплины;
- точное использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы в рамках дисциплины;
- владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;
- полное усвоение основной и дополнительной литературы по дисциплине, рекомендованной в рамках программы данной дисциплины;
- самостоятельная работа на практических занятиях, творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

8 (восемь) баллов, зачтено:

- систематизированные, глубокие и полные знания по всем поставленным вопросам в объеме программы учебной дисциплины;
- использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы в рамках программы дисциплины;
- владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;
- усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной программой учебной дисциплины;

– активная самостоятельная работа на практических занятиях, систематическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий в рамках дисциплины.

7 (семь) баллов, зачтено:

– систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной дисциплины;

– использование научной терминологии, лингвистически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы в рамках программы дисциплины;

– владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной программой дисциплины;

– самостоятельная работа на практических занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

6 (шесть) баллов, зачтено:

– достаточно полные и систематизированные знания в объеме программы дисциплины;

– использование необходимой научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы в рамках программы дисциплины;

– владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

– способность самостоятельно применять типовые решения в рамках программы дисциплины;

– усвоение основной литературы, рекомендованной программой учебной дисциплины;

– активная самостоятельная работа на практических занятиях, периодическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

5 (пять) баллов, зачтено:

– достаточные знания в объеме программы учебной дисциплины;

– использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы в рамках программы учебной дисциплины;

– владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

– усвоение основной литературы, рекомендованной программой дисциплины;

– самостоятельная работа на практических занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

4 (четыре) балла, зачтено:

- достаточный объем знаний в рамках образовательного стандарта по дисциплине;
- усвоение основной литературы программы;
- использование научной терминологии, стилистическое и логическое изложение ответа на вопросы, умение делать выводы без существенных ошибок в рамках программы учебной дисциплины;
- владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении типовых задач;
- работа под руководством преподавателя на практических занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

3 (три) балла, не зачтено:

- недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта по дисциплине;
- знание части основной литературы, рекомендованной программой учебной дисциплины;
- использование научной терминологии, изложение ответа на вопросы в рамках программы дисциплины с существенными лингвистическими и логическими ошибками;
- слабое владение инструментарием учебной дисциплины;
- некомпетентность в решении типовых задач в рамках программы;
- пассивность на практических занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

2 (два) балла не зачтено:

- фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта по дисциплине;
- знания отдельных литературных источников, рекомендованных программой дисциплины;
- неумение использовать научную терминологию дисциплины, наличие в ответе грубых стилистических и логических ошибок;
- пассивность на практических занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий по дисциплине.

1 (один) балл, не зачтено:

- отсутствие знаний и компетенций в рамках образовательного стандарта по дисциплине или отказ от ответа.

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основными средствами диагностики усвоения знаний и овладения необходимыми умениями и навыками по учебной дисциплине «Основы специальной психологии» являются:

- устный опрос;
- письменный опрос;
- рейтинговая контрольная работа;
- решение практических задач;
- анализ первоисточников;
- составление структурно-логических схем;
- подготовка рефератов и учебных сообщений;
- подготовка мультимедийных презентаций.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ. СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ

1. Видеоматериалы.
2. Мультимедийные презентации по темам занятий.
3. Протоколы наблюдений.

ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ

Диагностика компетенций может осуществляться в различных формах.

В устной форме:

- беседа;
- коллоквиум;
- доклад на практических занятиях;
- презентация проекта;
- доклад на студенческой конференции.

В письменной форме:

- тест;
- реферат;
- написание эссе;
- публикация статьи.

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ

Название дисциплины, с которой требуется согласование	Название кафедры	Предложения об изменениях в содержании учебной программы по изучаемой учебной дисциплине	Решение, принятое кафедрой, разработавшей учебную программу (с указанием даты и номера протокола)
Олигофрено-психология	специальной педагогики	Проследить междисциплинарные связи между дисциплинами в содержании вопросов: причины нарушений в развитии; структура дизонтогенеза	Протокол № 5 от 02.11.2021 г.
Логопсихология	логопедии	Проследить междисциплинарные связи между дисциплинами в содержании вопросов: причины нарушений в развитии; структура дизонтогенеза	Протокол № 5 от 02.11.2021 г.
Тифлопсихология	педагогики и психологии инклюзивного образования	Проследить междисциплинарные связи между дисциплинами в содержании вопросов: причины нарушений в развитии; структура дизонтогенеза	Протокол № 5 от 02.11.2021 г.
Сурдопсихология	коррекционно-развивающих технологий	Проследить междисциплинарные связи между дисциплинами в содержании вопросов: причины нарушений в развитии; структура дизонтогенеза	Протокол № 5 от 02.11.2021 г.