

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ П.М.МАШЕРОВА»

Факультет педагогический
Кафедра коррекционной работы

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой

_____ 2022 г.

СОГЛАСОВАНО
Декан факультета

_____ 2022 г.

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

для специальности (направления специальности)
1- 03 03 08 Олигофренопедагогика

Составители:

Швед М.В., старший преподаватель кафедры коррекционной работы

Рассмотрено и утверждено
на заседании научно – методического совета _____ 2022 г., протокол № ____

Содержание

Пояснительная записка	3
1 Теоретический раздел ЭУМК	6
1.1 Тематический план лекционных занятий	6
1.2 Содержание лекционного курса	10
2 Практический раздел ЭУМК.....	59
2.1 Тематический план практических занятий	59
2.2 Методические рекомендации к проведению практических занятий	64
3 Раздел контроля знаний ЭУМК.....	79
3.1 Требования к теоретическим и практическим умениям по курсу «Основы специальной психологии»	79
3.2 Контролируемая самостоятельная работа студентов	79
3.3 База вопросов по тестированию.....	91
3.4 Материалы к экзамену. Теоретические вопросы и практические задания	100
4 Вспомогательный раздел ЭУМК	103
4.1 Основная литература	103
4.2 Дополнительная литература	104

Пояснительная записка

Наличие значительных социально-экономических преобразований в обществе, утверждение приоритета общечеловеческих ценностей, реорганизации и обновление системы педагогического образования на основе принципов гуманизации и демократизации, признание прав каждого ребенка на получение образования, адекватно его познавательным возможностям делают объективно необходимым поиски путей совершенствования системы специального образования и оптимальной организации работы по социализации детей с особенностями психофизического развития и интеграции их в общество. Одним из условий реализации данной работы является учет психологических особенностей детей с нарушениями в развитии.

Основной задачей специальной психологии на современном этапе является формирование адекватной личности в условиях применения специальных методов и приемов воспитания и обучения, за счет которых происходит замещение и перестройка нарушенных функций. Задачами специальной психологии являются: - раскрытие закономерностей развития и проявлений психики, общих для нормально развивающихся детей и детей с нарушениями в развитии; - исследование закономерностей развития и проявлений психики, специфичных для детей с нарушениями в развитии; - изучение нарушений в развитии и формировании конкретных форм психической деятельности и психических процессов у различных групп аномальных детей; - выявление путей, средств и способов компенсации нарушений в развитии у детей.

Цель преподавания 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, мотивационно-ценностного компонента профессиональной подготовки будущих специалистов.

Задачи изучения дисциплины:

- формирование базовых представлений о методологических основах и структуре специальной психологии как самостоятельной отрасли психологической науки;
- формирование у студентов фундаментальных представлений о сущности феномена отклоняющегося развития, его структуре и свойствах;
- формирование у студентов системы представлений о динамике, общих и специфических закономерностях нарушенного развития ребенка;
- развитие научного мировоззрения и профессиональной мотивации.

Требования к уровню усвоения содержания дисциплины «Основы специальной психологии» определены образовательным стандартом высшего педагогического образования. В результате изучения дисциплины студент должен:

знать:

- категориальный аппарат специальной психологии;
- общие и специфические закономерности развития детей с особенностями психофизического развития;

уметь:

- определять параметры дизонтогенеза;
- определять психологическую структуру дефекта при нарушениях психофизического развития;

владеть:

- современными классификациями нарушений в развитии;
- спецификой методов исследования при разных видах дизонтогенеза.

Изучение курса «Основы специальной психологии» позволяет получить научную и практически ориентированную информацию в области изучения нарушений в развитии и формирования конкретных форм психической деятельности и психических процессов у различных групп детей с особенностями психофизического развития, а также в области выявления путей, средств и способов компенсации нарушений в развитии у детей.

Цель электронного учебно-методического комплекса – повысить эффективность и качество освоения студентам учебного курса «Основы специальной психологии» и содержания учебной дисциплины

Разработка и использование электронного учебно-методического комплекса нацелены на решение следующих задач:

- оптимизировать организацию изучения учебной дисциплины «Основы специальной психологии» с учетом современных мировых и национальных тенденции в инклюзивном и специальном образовании;
- обеспечить методическое и информационное сопровождение преподавания учебной дисциплины «Основы специальной психологии»;
- эффективно планировать и организовать самостоятельную учебную работу и контроль знаний студентов.

Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Основы специальной психологии» позволяет ориентироваться в содержании учебной дисциплины, последовательности ее изучения и требованиях к уровню ее освоения; создает условия для освобождения аудиторного времени от рассмотрения многих организационных вопросов: перечисления рекомендуемых учебных изданий, ознакомления с примерным тематическим планом, системой текущего и итогового контроля и т.д.

ЭУМК «Основы специальной психологии» состоит из четырех взаимосвязанных разделов. В первом разделе содержатся материалы для теоретического изучения содержания учебного курса, представлен тематический план лекций и предложен материал для изучения наиболее сложных тем курса.

Во втором разделе ЭУМК представлены разнообразные учебные материалы для проведения практических занятий, способствующих формированию у студентов первоначальных профессиональных умений. Ведущие из них объединены в следующие группы:

- *конструктивные*, связанные с умением будущих специалистов, планировать свою предстоящую психолого - педагогическую деятельность в качестве учителя – дефектолога в условиях специального и инклюзивного образовательного пространства;
- *информационные*, формирующие у будущих педагогов практические умения изучения нарушений в развитии и формирования конкретных форм психической деятельности и психических процессов у различных групп детей с особенностями психофизического развития;
- *коррекционно-развивающие*, предполагающие целенаправленное выявление будущими специалистами путей, средств и способов компенсации нарушений в развитии у детей с учетом их психологических особенностей;
- *исследовательские*, направленные на подготовку студентов к психолого-педагогическому и методическому анализу, определению содержания изучения нарушений развития у детей различных нозологических групп, выбору средств и способов компенсации нарушений в развитии у детей на диагностической основе;
- *воспитывающие*, позволяющие будущим дефектологам целенаправленно использовать возможности результатов психолого – педагогического изучения особенностей межличностного взаимодействия детей с особенностями психофизического развития со сверстниками для комплексного решения задач включения их в инклюзивное образовательное пространство и общество.

В третьем разделе ЭУМК представлены примерные программы для проведения экзамена по дисциплине, варианты самостоятельной работы.

В четвертом разделе студентам предложен достаточно обширный перечень учебных изданий и информационно – методической документации, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины, которая может быть использована студентами в процессе самостоятельной работы по предмету.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»

1. Изучить тематический план дисциплины (обратить внимание на общее количество часов для изучения предмета, соотношение лекционных, практических и лабораторных 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 ЭУМК

1.1. Тематический план лекционных занятий

№ № п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
I.	Модуль 1. Общие вопросы курса «Основы специальной психологии»		
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: внутри психологический уровень и внешне психологический 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.	1
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.	1
1.3.	Классификации детей с особенностями психофизического развития	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.	2
1.4.	Причины отклонений в психическом развитии	Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития (генетические, пренатальные, натальные, постнатальные вредности); психосоциальные факторы отклоняющегося развития (депривационные феномены как причина и следствие нарушенного развития, сущность депривационных феноменов). 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.	1
1.5.	Концептуальные основы специальной психологии	Концептуальные источники специальной психологии. Психологическая теория деятельности. Проблема обучения детей с ОПФР с позиций теории деятельности. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. Значимость теории П.Я. Гальперина для специальной психологии. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского о происхождении человеческой психики: понятие «социального наследования» как специфически человеческого пути развития	1

		психики; понятие «высшие психические функции»; понятие «интериоризация». Роль биологических и социальных факторов в психическом развитии ребенка. Сензитивные периоды в развитии. Идеи Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка. Соотношение обучения и развития. Уровень актуального развития. Зона ближайшего развития. Обучаемость. Значение основных концепций Л.С.Выготского для специальной психологии. Теория А.Р. Лурии о мозговой организации высших психических функций. Значение теории А.Р. Лурии для специальной психологии. Теория социализации и социального влияния. Сущность, условия и критерии социализации. Сущность социального онтогенеза ребенка. Институты социализации детей. Значение теории социализации для специальной психологии.	
1.6.	Принципы и методы специальной психологии	Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией: принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, генетический принцип. Понятие системогенеза. 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. Методы сбора информации. Метод беседы. Наблюдение как метод в специальной психологии, его своеобразие в процессе изучения лиц с ОПФР. Особенности самонаблюдения. Виды и формы экспериментальных техник, применяемых в специальной психологии. Особенности использования метода эксперимента. Стандартизированные психодиагностические процедуры и их использование. Метод анкет и опросов. Метод анализа продуктов деятельности. Анамнестический метод в процессе изучения различных форм нарушенного развития.	2
1.7.	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. 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 нормальных 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	2

		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.	
1.8.	Параметры дизонтогенеза	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.	1
1.9.	Особенности развития психики в условиях разных видов депривации	Сущность депривационных феноменов. Культуральная и социальная депривации. Сенсорная депривация. Коммуникативная депривация. Материнская депривация. Депривация и нарушенное развитие. Принципы профилактики депривационных явлений.	1
1.10.	Компенсация и коррекция отклонений в развитии	Социально-психологическая реабилитация и абилитация. Понятие о компенсаторных феноменах. Внутрисистемная компенсация. Межсистемная компенсация. Уровни реализации компенсаторных процессов. Защитные механизмы и копинг-стратегии. Теория о сверхкомпенсации А.Адлера. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы. Понятие «коррекция». Понятия «реабилитация», «абилитация».	1
1.11.	Социально-психологические проблемы специальной психологии	Становление ребенка с ОПФР как субъекта социальной среды. Усвоение им социальных ролей, норм и ценностей. Навыки взаимодействия. Представления о мире. Система отношения окружающих к такому ребенку. Психологическая реальность ребенка с нарушениями в развитии: устойчивые (семья), изменчивые (совокупность социальных структур) параметры, оказывающие влияние на его поведение и развитие. Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипициной). Качественные изменения семьи «особого» ребенка, происходящие на психологическом, соматическом, социальном уровнях. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С.Соммерсу). Детские образовательные учреждения как ведущий институт социализации (друзья, дети из общественных групп, помогающие взрослые). Позитивные и негативные психологические аспекты совместного образования нормально развивающихся детей и детей с особенностями в развитии.	1
Модуль 2. Варианты дизонтогенеза			
2.1	Психическое недоразвитие	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	1

		психическом недоразвитии.	
2.2	Поврежденное развитие	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.	1
2.3	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.	1
2.4.	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 – как основная причина двигательных расстройств в детском возрасте. Этиология ДЦП. Формы ДЦП (по К.А. Семенов): 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.	1
2.5.	Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие.	Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Характерные признаки проявления РДА. История изучения детей с ранним детским 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 РДА. 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.	2

		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.	
--	--	--	--

1.2. Содержание лекционного курса

Модуль 1.

Общие вопросы курса «Основы специальной психологии»

Тема: *История становления специальной психологии.*

Рассматриваемые вопросы:

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: внутри психологический уровень и внешне психологический 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.

Специальная психология является отраслью общей психологии. В настоящее время право ее на самостоятельность является общепризнанным. Возникновение специальной психологии (от греч. specialis — особенный, своеобразный) как самостоятельной отрасли психологической науки и практики можно отнести к 60-м гг. XX столетия. Тогда она появилась в перечне научных специальностей учебных вузов в разделе «Психология». Однако это было лишь формальное закрепление продолжавшегося уже многие десятилетия становления этой своеобразной отрасли психологии, которая вобрала в себя накопившиеся научные достижения и практический опыт — все, что касается изучения феноменологии, механизмов и условий психического развития человека под воздействием различных групп патогенных факторов, а также закономерностей протекания компенсаторных и коррекционных процессов.

До этого времени специальная психология являлась неотъемлемой частью дефектологии — комплексной науки, включающей как разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, так и разработку научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий применительно к детям, имеющим различные недостатки в психофизическом и личностно-социальном развитии.

По существу, 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. Достаточно указать в качестве примера на весьма знаменательный факт отграничения умственной отсталости как стойкого состояния недоразвития от психических заболеваний, впервые произведенное французским психиатром Ж. Эскиролем. В 1746г. был предпринят первый опыт обучения детей. Песталоцци связал обучение с воспитанием и развитием ребенка. Он разработал теорию работы с тугодумными детьми, основной постулат которой был: «Умственно отсталый ребенок не менее развитый, а иначе развитый». Положенные в основу обучения по преимуществу интуитивные представления об особенностях психического

развития детей с отклонениями, а также об их потенциальных возможностях в реальном педагогическом процессе постепенно усложнялись, обогащались и дифференцировались. Тем не менее полученные практическим путем психологические знания представляли собой исключительно побочный продукт педагогической деятельности, оставаясь долгое время ее внутренним компонентом, не всегда ясно осознаваемым. По мере накопления исследовательского багажа они, прямо или косвенно, кристаллизовались в учебных программах, учебниках, методических рекомендациях и т. п. Именно поэтому 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. Не случайно и по сей день в ее русле отчетливо прослеживается клинко-психологическая и психолого-педагогическая направленность исследований. Бурное развитие специальной психологии в начале XX века неотрывно от особенностей культурного контекста европейской истории этого периода. Ярким примером повышения интереса к детской тематике стало появление особой науки — педологии, оказавшей сильное влияние на специальную психологию. Из педологии в последнюю пришли принципы динамического, системно-комплексного и сравнительного анализа.

В конце XIX — начале XX века система обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии как в Европе, так и в России приобретает особую динамику. Открываются новые школы, приюты, санатории. Доминировавший клинко-биологический подход начинает все более активно дополняться социально-педагогическим. Именно в этот период появляются многочисленные научные работы, посвященные различным проблемам специальной психологии. Их авторами были Е. Маляревский, В. П. Кащенко, А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и многие другие. В 1915 г. был опубликован двухтомный фундаментальный труд Г. Я. Трошина «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей». Важную для специальной психологии роль сыграл В. М. Бехтерев, создавший в одном из подразделений руководимой им Психоневрологической академии специальную лабораторию по изучению психики детей с отклонениями в развитии. Система обучения и воспитания детей с отклонениями, по крайней мере, в нашей стране до недавнего времени была чуть ли не единственной сферой деятельности, где использование психологических знаний носило постоянный, систематический и обязательный характер. Речь, прежде всего, идет о применении психодиагностики при отборе детей в разные типы коррекционных учреждений. Как известно, первые тестовые методики, с которых и начался психодиагностический бум XX века, были созданы именно в рамках специальной психологии и предназначены для дифференциальной диагностики в системе отбора детей в коррекционные учреждения. Бурное развитие специальной психологии в дореволюционный период России, в становлении которой помимо упомянутых нами ученых принимали самое непосредственное участие такие признанные лидеры психологической науки, как П. П. Блонский, А. П. Болтунов, М. С. Бернштейн, Г. И. Россоломо, А. Ф. Лазурский и др., было серьезно приостановлено до середины 20-х годов в связи со сложной политико-экономической ситуацией, сложившейся в результате революции, гражданской войны, массового голода и разрухи. Постепенно к середине 20-х годов научно-исследовательские работы начинают возобновляться, хотя уже не достигают прежнего уровня из-за острой нехватки профессиональных научных кадров. Тем не менее судить об интенсивности проводимых исследований можно хотя бы по тому неполному списку учреждений Москвы, где они и осуществлялись. Среди них: Высшие педагогические курсы, Психологические научно-исследовательские курсы, Высшие научно-педагогические курсы, Академия социального воспитания, Педагогический институт детской дефективности, Психологический институт при первом МГУ, Центральный педологический институт, Государственный московский психоневрологический институт, Государственный медико-педологический институт Наркомздравоохранения, лаборатория экспериментальной психологии и

детской психоневрологии при Неврологическом институте первого МГУ, Медико-педологическая клиника, Центральная психологическая лаборатория вспомогательных школ, Центральный гуманитарный педагогический институт, Музей дошкольного воспитания и др. Не менее интенсивно велась работа и в Ленинграде: в Психоневрологической академии, Институте мозга В. М. Бехтерева и в Ленинградском педагогическом институте. По всей стране были созданы городские, краевые и районные педологические кабинеты, представляющие собой некий прообраз государственной психологической службы в области аномального детства (А. И. Эткинд). Сегодня нет точных сведений, сколько таких лабораторий и кабинетов насчитывалось в стране. Однако в Москве и Ленинграде они существовали в каждом районе и во многих школах. Центральным научно-исследовательским учреждением, возглавлявшим и координировавшим все российские изыскания в области специальной психологии, был созданный в 1919 г. Экспериментально-дефектологический институт. 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 клинко-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.

В середине 60-х годов тема компенсаторных механизмов, анализируемых преимущественно на физиологическом уровне, постепенно сменилась на проблему социальной адаптации и реабилитации, общественного бытия взрослых инвалидов в широком аспекте: получение дальнейшего образования, профессиональное и личностное самоопределение. Со временем трансформация подвергается и предмет разных разделов специальной психологии. От изучения выраженных форм той или иной патологии акцент смещается в сторону резидуальных (остаточный, сохранившийся после перенесенного заболевания) характеристик. Так, например, первоначально объектом сурдопсихологии и тифлопсихологии были лишь глухие и слепые, по мере развития этих наук он стал включать в себя также слабослышащих и слабовидящих лиц. Помимо внутренней модификации традиционных отраслей специальной психологии (тифло-, сурдо- и олигофренопсихологии) можно наблюдать формирование ее новых направлений, таких как психология детей с задержкой психического развития, психология лиц с патологией опорно-двигательного аппарата. Закладываются основы логопсихологии, психологии детей, выросших в условиях материнской депривации, реабилитационной психологии.

Независимо от своеобразия предмета той или иной отрасли специальной психологии внутри каждой из них можно выделить несколько направлений исследовательской работы. Первое — клинко-психологическое, для которого наиболее характерно сопоставление полученных психологических данных с особенностями основного нарушения, его глубиной, этиологией и патогенезом. Другое направление - психолого-педагогическое; с его позиций ребенок с тем или иным отклонением рассматривается в контексте обучения и воспитания. Третье направление — социально-психологическое. Предметом его непосредственного изучения является ребенок не сам

по себе, а характер его межличностных отношений, особенности процесса общения, групповая динамика, интерперсональное восприятие и т. п. Достаточно близко к указанному направлению примыкает реабилитационно-ориентированные исследования, сочетающие элементы трех упомянутых сфер. Четвертое направление, начинающее оформляться в самое последнее время, связано с усилением внимания к фактору семейного воспитания детей-инвалидов, а также с процессом интегрированного обучения. Его можно условно обозначить как консультативное. Содержание этого направления включает оказание квалифицированной психологической помощи родителям и учителям проблемных детей.

Основные направления специальной психологии: – психология умственно отсталых (олигофренопсихология) – психология глухих (сурдопсихология) – психология слепых (тифлопсихология) Остальные области четко до сих пор не выделены, поскольку еще очень мало исследований, они единичны. К таким областям относятся: – психология детей с ЗПР – психология детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения – психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – психология лиц с нарушениями речи – психология детей с тяжелыми множественными нарушениями.

Предмет изучения специальной психологии – развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях. Отклоняющееся развитие можно определить как обычное развитие, но протекающее в необычных (неблагоприятных) условиях, патогенная сила которых превышает компенсаторные возможности индивида.

Задачи специальной психологии (по В.И.Лубовскому):

1. общенаучные теоретические задачи, касающиеся проблем развития психики аномального ребенка. Среди них можно выделить такие направления изучения: - раскрытие закономерностей развития и проявлений психики общих для нормальных и аномальных детей; - раскрытие общих закономерностей развития, присущих всем аномальным детям; - раскрытие специфических закономерностей развития и проявлений психики разных групп аномальных детей; - установление зависимости развития и проявлений психики от характера, механизмов и степени выраженности аномалии;
2. 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;
3. выявление путей компенсации дефекта развития психики в целом и разных видов психических процессов;
4. разработка научных основ методов и средств обучения разных групп аномальных детей, теоретическое обоснование конкретных путей их обучения.

Проблемное поле белорусской специальной психологии.

Проблемами сурдопсихологии занималась Григорьева Тамара Алексеевна («Развитие причинно-следственного мышления у глухих школьников» (1975 г.)); тифлопсихологии – Ермолович Зоя Григорьевна (1972 г.); Дьяков Дмитрий Григорьевич («Возрастная динамика переживания затруднительных ситуаций подростками с нарушениями зрения», 2007 г.), Гаврилко Татьяна Ивановна («Динамика понимания эмоциональных состояний других людей слабовидящими младшими школьниками», 2003 г.).

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

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

Тема: *Проблема нормы и патологии в современных науках о человеке*

Рассматриваемые вопросы:

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.

Корни проблемы нормы следует искать, с одной стороны, в общебиологических закономерностях психического развития человека и психосоциальной интеракции, а также в этико – философских нормах. Проблема нормы – это по существу междисциплинарная проблема, которую невозможно решить с учетом лишь чисто биологического, либо узко психологического или же только нормативного аспекта.

Виды норм:

- 1. Статистическая норма.** Люди отличаются друг от друга рядом свойств, характеристик (высота, вес, коэффициент интеллекта и т.д.). Большинство свойств, характеристик или достижений у людей отличается преимущественно симметричным расположением данных. Самое большое количество случаев расположено около средней величины, выраженной в виде среднего арифметического, и уменьшается по направлению к крайним величинам и экстремальным вариантам. Такое нормальное распределение можно графически изобразить в виде кривой Гаусса. С точки зрения статистической нормы нормальным считается явление, которое находится в рамках средней величины. Такое статистическое понимание нормы имеет ряд преимуществ: - можно легко вычислить и довольно просто выразить в виде какого – либо показателя; - такой легко манипулировать; - статистическая норма, как самая большая частота проявлений определенного показателя, соответствует общему предположению, в соответствии с которым большинство людей относится к нормальным людям. **Недостатки:** часто встречается такое поведение, которое вряд ли можно назвать нормальным, хотя с точки зрения статистической нормы, оно таковым является (например, стремление студентов уйти с лекций, как только представится малейшая возможность). В ходе исторического развития общества некоторые абнормальные явления, например гомосексуализм, начинают считаться нормальными и наоборот. Т.е., нельзя ограничиваться статистическим пониманием нормы.
- 2. Предметная норма** - знания, умения и навыки, необходимые ученику для овладения данным предметным содержанием программы (отражается в стандартах образования).
- 3. Социально-возрастная норма**
- 4. Индивидуальная норма (функциональная норма)** – проявляется в индивидуальных особенностях развития и саморазвития ребенка. В концепции функциональной нормы нормальным считается то, что хорошо или соответственно приспособлено и обеспечивает как субъективное удовлетворение, так и адекватную самореализацию. Этот аспект нормы касается не только социальных отношений, но и всех отношений человека к среде и окружению. Функциональная норма принимает во внимание единичность индивида. В этом смысле человек является нормальным тогда, когда он

такой, каким он должен быть со своей собственной точки зрения, когда он проявляется так, как это ему свойственно, когда он находит удовлетворение в том, что он сам считает правильным или красивым.

5. **Идеальная норма** – это оптимальный способ существования личности в оптимальных социальных условиях. В общих чертах индивидуальная норма отличает актуальное и развивающееся единство личности, динамическое равновесие различных психических процессов и видов деятельности и, главным образом, относительная устойчивость структуры личности в процессе ее развития и изменений. Здесь при оценке человека на передний план выступают качественные, а не количественные показатели. Соответственно норма понимается не как то, что является средним, или наиболее встречающимся, а как то, что составляет совершенство, идеал, образец. Но идеал достигнуть невозможно, к нему можно только более или менее приблизиться. С этой точки зрения норму необходимо понимать как бесконечный процесс самореализации индивида в его общественных условиях и природном окружении. Идеальные нормы выдвигают так называемые нормативные науки (педагогика, политика, правовые науки). Например, «профили выпускников».
6. **Душевное здоровье как норма.** Самым существенным критерием душевного здоровья считается интеграция личности и ее динамическое равновесие. В настоящее время большинство авторов согласно с тем, что недостаточно определить душевное здоровье как отсутствие душевной болезни. Сверх этого оно включает в следующие области:

✓ **Отношение к самому себе.** Душевно здоровый человек доволен собой, проявляет адекватное самоуважение, у него адекватные представления, как и о своих собственных возможностях и способностях, так и о своих ограничениях. Он научился воспринимать свои недостатки, предварительно убедившись, что их нельзя устранить. При этом он старается использовать свои способности в максимальной мере конструктивным способом. Приняв эту точку зрения, вряд ли можно говорить о душевном здоровье в случае, когда человек с высшим образованием работает кочегаром. Душевно здоровый человек понимает, что у него существуют определенные, очень сильные, иногда иррациональные чувства, но не позволит, чтобы эти чувства им овладели, т.е. он способен в определенной мере регулировать свои чувства. + Умение смеяться над собой, воспринимая себя с известной долей юмора.

✓ **Отношение к другим людям.** Душевно здоровый человек чувствует себя в присутствии людей комфортно, испытывает к ним любовь и доверие, и знает, что и они любят его и доверяют ему. Само собой разумеется, что он не любит и не доверяет абсолютно всем, но душевно здоровый человек должен доверять и любить хотя бы одного человека, о котором он знает (или убежден), что и тот любит его и доверяет ему. Он уважает культурные, расовые и прочие особенности других людей, не высмеивает и не осуждает их лишь потому, что их культура другая. Душевно здоровый человек не является чрезмерно агрессивным в общении с другими людьми, но и не позволяет, чтобы они были чрезмерно агрессивны по отношению к нему. Душевно здоровый человек способен действовать и чувствовать как член группы, коллектива, но в случае необходимости он способен взять на себя руководство и управление группой.

✓ **Отношение к жизни.** Душевно здоровый человек способен выполнить требования, которые предъявляет к нему жизнь и встать лицом к лицу со своими проблемами. Если это возможно, то он сам формирует свое окружение, но если это необходимо, то он способен приспособиться к нему. Он не боится будущего, планирует свою жизнь, причем ставит перед собой реальные цели.

Можно выделить основные 4 условия, необходимые для нормального развития ребенка, сформулированные Г.М. Дульневым и А. Р. Лурия.

Первое важнейшее условие — «нормальная работа головного мозга и его коры»; при наличии патологических состояний, возникающих вследствие различных патогенных воздействий, нарушается нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, затруднено осуществление сложных форм анализа и синтеза поступающей информации; нарушается взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека.

Второе условие — «нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов».

Третье условие — «сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром».

Четвертое условие — систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

Норма и развитие.

В соответствии с Л.Кошчом (1974), ребенка считают нормальным:

- Когда ребенок развит во всех составляющих частях организма и организм, как структурное целое, соответственно возрасту, т.е. уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста.
- Когда ребенок развит в соответствии с его общим тендом (соответствующий специфический путь развития), определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции,

преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения.

- Когда ребенок развит в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного и творческого социального функционирования в период взрослости.

Условия нормального функционирования личности:

- Динамическое равновесие между личностью и окружением
- Динамическое равновесие различных душевных процессов и действий, главным образом равновесие потребностей личности
- Единый характер определения приоритетных потребностей и выбора жизненно значимых целей, связанных с удовлетворением этих потребностей
- Относительная устойчивость структуры личности в процессе ее изменения и развития
- Динамическое равновесие между энергетическим потенциалом потребностей личности и расслаблением их напряжения.

Соответственно при абнормальности это динамическое равновесие нарушается.

Признаки патологии: - относительная стабильность во времени (отклоняющиеся черты у нормального ребенка являются случайными признаками); - тотальность проявлений; - социальная дезадаптация (возникновение постоянных жизненных трудностей, которые испытывает сам человек, или окружающие люди, или все вместе).

Тема: Классификации детей с особенностями психофизического развития

Рассматриваемые вопросы:

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.

Термин «дизонтогенез» впервые был употреблен Й. Швальбе в 1927 году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В настоящее время это понятие 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, дети с особыми нуждами, дети с особенностями психофизического развития (ОПФР), дети с особыми возможностями здоровья (ОВЗ), дети с особыми образовательными потребностями и т.д.

Классификация В.В.Лебединского.

В настоящее время популярность, как наиболее удобная для психологического анализа, приобрела классификация отклонений 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 умственная отсталость.

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.

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

В настоящее время в практике специальной психологии и коррекционной педагогики используется также «Классификация психических и поведенческих расстройств» международной системы болезней десятого пересмотра» (МКБ-10), принятая Всемирной организацией здравоохранения в 1992 году и действующая в настоящее время. МКБ -10 плод многолетней работы огромного числа исследователей, она постоянно изменяется и дорабатывается по мере накопления все новых клинических и психологических фактов.

Относится к классу эмпирических и содержит несколько разделов. Первый из них — умственная отсталость, дифференцируемая по степени выраженности: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая, а также «другая» и «неуточненная».

Далее следует обширный раздел под рубрикой «Нарушения психического развития», включающий специфические расстройства речи и школьных навыков (чтение, счет, письмо). Отдельно обозначены так называемые общие расстройства развития: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями. Сюда же включен синдром Аспергера и другие общие нарушения.

Следующий класс — «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», к числу которых относятся патологии активного внимания и гиперкинетические нарушения поведения. В свою очередь, раздел «Расстройства поведения» объединяет поведенческие нарушения, ограничиваемые условиями семьи; несоциализированные и социализированные расстройства поведения; оппозиционно-вызывающие и др. Рубрика «Смешанные расстройства поведения и эмоций» включает депрессивные и иные нарушения поведения и эмоций.

Далее следует раздел «Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста». Сюда относятся тревожные расстройства в связи с разлукой в детском возрасте; фобические тревожные расстройства детского возраста; социальное тревожное расстройство детского возраста; расстройство сиблингового соперничества и др.

Следующая группа объединяет нарушения социального функционирования: эклективный мунтазм, реактивное расстройство привязанности детского возраста и др.

«Тикозные расстройства» рассматриваются отдельно; они представлены транзиторными тикозными расстройствами, хроническими двигательными голосовыми тикозными расстройствами, комбинированными голосовыми и множественными двигательными тикозными расстройствами и проч.

Завершающей рубрикой являются «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Ее составляют неорганический энурез, неорганический энкопроз, расстройство питания в младенческом возрасте, поедание несъедобного в младенчестве и детстве, стереотипные двигательные расстройства, заикание, речь взхлеб и др.

Ее создание способствует активизации и оптимизации международного сотрудничества специалистов в одной области. В области специального образования 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.

Классификации Т.В.Семенович, М.М.Семаго.

Теория функциональных блоков сформулирована и применяется в рамках нейропсихологии в целях структурного анализа нарушений психической деятельности при локальных поражениях мозга. Но опыт показывает, что она может быть продуктивно использована и в специальной психологии для описания механизмов отклоняющегося развития и их классификации.

Так, **А. В. Семенович** предлагает свою нейропсихологическую классификацию отклонений в психическом развитии» выделяя следующие их формы, связанные с незрелостью отдельных мозговых структур:

- 1) функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
- 2) функциональная несформированность левой височной области;
- 3) функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело);
- 4) функциональная несформированность правого полушария мозга;
- 5) функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер);
- 6) функциональная дефицитарность стволовых образований мозга.

Поскольку речь идет об отклонениях в психическом развитии, то нет ничего удивительного в том, что при их классификации используются психологические критерии. Подобные нарушения могут преимущественно затрагивать сферу чувственного познания, оставляя относительно сохранной вербально-логическую и психомоторную, как и наоборот. Следует оговориться, что любое деление психической реальности на составные компоненты весьма условно и представляет собой продукт абстракции; в той же степени необходимо осознавать и относительность границ между выделенными группами нарушений.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. несколько видоизменили систему В. В. Лебединского, одновременно введя в нее новые группы. Так, все многообразие отклонений в развитии разбито ими на четыре больших класса: недостаточное развитие, асинхронное развитие, поврежденное и дефицитарное развитие. Недостаточное развитие в свою очередь делится на тотальное недоразвитие, представленное тремя формами: простой уравновешенный тип, аффективно-неустойчивый тип и тормозимо-инертный; задержанное, включающее: темпово-задержанный (гармонический инфантилизм) и неравномерно-задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм), а также парциальную несформированность высших психических функций, содержащую подгруппы с преобладанием несформированности регуляторного, вербального и вербально-логического компонента и с парциальной несформированностью смешанного типа.

Асинхронное развитие представлено двумя видами: дисгармоническое развитие экстрапунитивного, интрапунитивного и апатического типа и искаженное развитие с преимущественными нарушениями в эмоциональной и когнитивной сферах, а также с сочетанием того и другого.

Поврежденное развитие описано авторами с помощью двух подразделов: локального поврежденного и диффузно поврежденного развития.

И наконец, дефицитарное развитие также содержит две группы: раннедефицитарное и позднедефицитарное развитие.

Тема: *Причины отклонений в психическом развитии*

Рассматриваемые вопросы:

Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития (генетические, пренатальные, натальные, постнатальные вредности); психосоциальные факторы отклоняющегося развития (депривационные феномены как причина и следствие нарушенного развития, сущность депривационных феноменов). 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.

По времени воздействия патогенные факторы делятся на:

Пренатальные (пренатальный период - период, длящийся в среднем 266 дней или 9 календарных месяцев от момента зачатия до рождения ребенка, состоит из трех стадий предзародышевой, или стадии яйца (зачатие — 2-я неделя), когда оплодотворенное яйцо — зигота — перемещается в матку и внедряется в ее стенку с образованием плаценты и пуповины, зародышевой, или стадии эмбриона (2-я неделя — конец 2-го месяца), когда происходит анатомическая и физиологическая дифференцировка различных органов, длина зародыша достигает 6 см, вес — около 19 г, стадии плода (3-й месяц — рождение), когда идет дальнейшее развитие различных систем организма В начале 7-го месяца появляется способность к выживанию вне организма матери, к этому времени длина плода составляет около 40 см, вес — около 1,9 кг)(до начала родовой деятельности);

Натальные (в период родовой деятельности);

Постнатальные (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до трех лет).

Согласно клинко-психологическим материалам наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в начале беременности. Факторы, нарушающие развитие ребенка, находящегося в утробе матери (включая состояние здоровья матери), называются **тератогенами**.

К **биологическим факторам риска**, способным вызвать серьезные отклонения в физическом и психическом развитии детей, относятся:

- хромосомно-генетические отклонения как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хромосомных aberrаций;

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);
- венерические заболевания (гонорея, сифилис);
- эндокринные заболевания матери, в частности диабет;
- несовместимость по резус-фактору;
- алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью;
- биохимические вредности (радиация, экологическое загрязнение окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, таких, как ртуть, свинец, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное использование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития;
- серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность;
- гипоксические (кислородная недостаточность);
- токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;
- патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;
- мозговые травмы и тяжелые инфекционные и токсико-дистрофические заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте;
- хронические заболевания (такие, как астма, заболевания крови, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

Психосоциальные факторы отклоняющегося развития.

Социальные и культурные факторы. Условия, в которых ребенок воспитывается в раннем возрасте, во многом определяет его дальнейшую жизнь. Препятствие 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. Понятие депривации сложилось в науке в середине двадцатого века. Были выделены:

- материнская (эмоциональная) депривация, возникающая в раннем возрасте в связи с недостаточными контактами с матерью;
- социальная депривация, вызываемая недостаточными контактами с окружающей средой.

«Во всех случаях депривации психическое развитие ребенка не прекращается, но он испытывает состояние душевного, часто неосознаваемого страдания, дискомфорта: по аналогии с недоеданием, некоторые авторы определяют депривацию как психическое голодание». Наиболее важные факторы депривации: недостаточность и непоследовательность материнской заботы с элементами пренебрежения; икаженное воспитание психически больными или отсталыми родителями; дезорганизация семейной жизни в связи с отсутствием отца или матери или их антисоциальное поведение; социальная изоляция семьи; неблагоприятные материально-бытовые условия, невозможность владения личными вещами – игрушками, одеждой, постелью и т.д.

И.А.Шаповал выделяет следующие характерные депривационные симптомы и симптомокомплексы:

- задержка и искажения интеллектуального развития (от легких временных парциальных до умственной отсталости, 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 (например, сосание пальца, раскачивания, мастурбация и т.п.);
- расстройства инстинктивной сферы и функциональные соматовегетативные проявления (нарушения аппетита, сна и др.).

Глубина и тяжесть симптомов индивидуальны в зависимости от срока наступления депривации, ее длительности и интенсивности. Й. Лангмейер и З.Матейчек выделяют внутренние

условия депривации. Одним из них является возраст. Установлено, что первые годы жизни наиболее чувствительны к депривационному воздействию. Переживание депривации зависит от пола ребенка – мальчики более реактивны. Свою роль играют конституциональные особенности психики – уровень активности ребенка, регулярность биоритмов, адаптивность, генетическая предрасположенность к каким либо психическим или соматическим заболеваниям, которые могут провоцироваться условиями депривации. Влияние частичной депривации может сказаться на тех детях, которые ослаблены врожденными вредностями или рано перенесенными болезнями, следующими одна за другой.

Факторы резистентности и уязвимости.

Понятие уязвимости – это специфическая выраженность индивидуальных и личностных черт, содействующих такому расстройству. Возникнет или нет – зависит от дополнительных пусковых факторов. Если уязвимость низкая, требуются более существенные пусковые механизмы, если она выражена сильнее – достаточно и менее существенных.

Резистентность – противоположность уязвимости. Дети – жестокое обращение – не заболевают психическим расстройством. Люди, у которых несмотря на наличие уязвимости пусковых факторов, не развивается соответствующее расстройство, характеризуются как резистентные.

4. Опосредующие факторы.

Если факторы биологического характера в большей степени составляют поле интересов клиницистов, то социально-психологический спектр ближе к профессиональной области педагогов и психологов. Клинические исследования показывают, *что одна и та же причина иногда приводит к совершенно различным отклонениям в развитии. С другой стороны, отличающиеся по характеру патогенные условия 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. Таким образом, 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 следует отнести:

- преимущественную *локализацию* вредоносного воздействия, влияние которого чаще всего избирательно, в результате чего пораженными могут оказаться самые различные структуры, органы и системы;

- *интенсивность* деструктивных условий, т.к. сила воздействия патогенного фактора напрямую определяет его конечный эффект, выраженность того или иного нарушения;

- *экспозиция* (длительность воздействия), т.к. чем дольше индивид испытывает на себе влияние патогенного фактора, тем тяжелее, в конечном счете могут оказаться последствия;

- *частота* является важной характеристикой вредоносных условий, т.к. даже если неблагоприятное воздействие будет кратковременным и достаточно слабым, при его частой повторяемости вероятен коммулятивный эффект, способный привести к серьезным расстройствам в развитии.

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*, общая закономерность в данном случае такова: связь возраста и тяжести последствий действия патогенного фактора обратно пропорциональна, чем меньше ребенок, тем хуже для него возможные последствия различных вредностей;

- *компенсаторные возможности*, которые с неизбежностью вызывают реакцию сопротивления со стороны защитных систем, начиная с иммунной и заканчивая сложными компенсаторными реакциями в виде многообразных механизмов психологической защиты.

Следует выделить еще одну переменную, которую нельзя отнести ни к свойствам патогенного фактора, ни к качествам индивида. Конечный эффект деструктивных условий во многом определяется и тем, насколько быстро и эффективно пострадавшему будет оказана *квалифицированная помощь*, в том числе и психолого-педагогическая.

Все сказанное означает, что результат воздействия этиологического фактора всегда существенно опосредован сложнейшим сочетанием его характеристик и свойств самого индивида. 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.

Механизмы социальных влияний в период индивидуального развития

Чем меньше ребенок, тем большую роль как в возникновении, так и в профилактике недостатков его развития играет семья. Прежде всего условием полноценного развития в младенческом возрасте является наличие условий для развертывания непосредственного эмоционального общения ребенка со взрослым, и отсутствие таких условий приводит, как правило, к задержке психоэмоционального развития ребенка той или иной степени тяжести. Эти данные были получены в исследованиях, проведенных на сиротах и на детях, чьи матери находились в заключении. Выяснилось, что независимо от морального облика матери само по себе общение с ней для младенца более полезно, чем пребывание в ясельной группе, где дети практически лишены индивидуального внимания.

Однако пребывание ребенка в семье социального риска (алкоголизм, наркомания, противоправные поступки, совершаемые одним родителем или несколькими членами семьи) повышает риск развития состояний педагогической и социальной запущенности у детей, ухудшения состояния здоровья, как физического, так и психического, усугубления уже имеющихся недостатков развития. Так, установлено, что в случаях хронического алкоголизма у 95% детей отмечаются нервно-психические отклонения разной степени выраженности. Кроме того, родитель-алкоголик фактически не выполняет свои родительские функции.

Любая односторонность в оценке причин отклоняющегося развития ребенка препятствует вскрытию действительно имеющих место закономерностей развития и построению соответствующих развивающих и корригирующих психолого-педагогических систем.

Тема: Концептуальные основы специальной психологии

Рассматриваемые вопросы:

Концептуальные источники специальной психологии. Психологическая теория деятельности. Проблема обучения детей с ОПФР с позиций теории деятельности. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. Значимость теории П.Я. Гальперина для специальной психологии. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского о происхождении человеческой психики: понятие «социального наследования» как специфически человеческого пути развития психики; понятие «высшие психические функции»; понятие «интериоризация». Роль биологических и социальных факторов в психическом развитии ребенка. Сензитивные периоды в развитии. Идеи Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка. Соотношение обучения и развития. Уровень актуального развития. Зона ближайшего развития. Обучаемость. Значение основных концепций Л.С.Выготского для специальной психологии. Теория А.Р. Лурии о мозговой организации высших психических функций. Значение теории А.Р. Лурии для специальной психологии. Теория социализации и социального влияния. Сущность, условия и критерии социализации. Сущность социального онтогенеза ребенка. Институты социализации детей. Значение теории социализации для 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. Важную роль играют идеи Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка, современные теоретические представления о социализации и социальных влияниях. Каждая из этих теорий, рассмотренная в ракурсе специальной психологии, углубляет понимание ее предмета, способствует разработке новых концепций и понятийного аппарата, обоснованию методических средств.

Выделим основные их положения.

Проблема обучения детей с ОПФР с позиций теории деятельности.

Наиболее полно теория деятельности изложена в монографиях А. Н. Леонтьева «Проблемы развития психики» (1964) и «Деятельность. Сознание. Личность» (1975). Он рассматривает психику как форму жизнедеятельности, 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.

Принцип единства психики и деятельности кардинально отличает отечественную психологию как от различных вариантов психологии сознания, изучающих психику вне поведения, так и от натуралистических течений поведенческой психологии, исследующих поведение вне психики.

Генетически исходной является внешняя, предметная, чувственно-практическая деятельность, от которой производны все виды внутренней психической деятельности индивид, сознания. Обе эти формы имеют общественно-историческое происхождение и принципиально общее строение. Конституирующей характеристикой деятельности является предметность. Первоначально деятельность детерминируется предметом, а затем она опосредуется и регулируется его образом как своим субъективным продуктом.

Действие в Теории деятельности внутренне связано с личностным смыслом. Психологическое слияние в единое действие отд. частных действий представляет собой превращение последних в операции, а содержание, которое прежде занимало место осознаваемых целей частных действий, занимает в строении действия структурное место условий его выполнения. Другой вид операций рождается из простого приспособления действия к условиям его выполнения. Операции – это качество действия, образующая действия. Генезис операции состоит в соотношении действий, их включенности одно в другое.

Возникновение системы соподчиненных действий, т. е. сложного действия, обозначает переход от сознательной цели к осознаваемому условию действия, появление уровней осознания. Разделение труда, производственная специализация рождает "сдвиг мотива на цель" и превращение действия в деятельность. Происходит рождение новых мотивов и потребностей, что влечет за собой качественную дифференциацию осознания. Далее предполагается переход к внутренним психическим процессам, появляются внутренние действия, а впоследствии – формирующиеся по общему закону сдвига мотивов внутренняя деятельность и внутренние операции. Идеальная по своей форме деятельность принципиально не отделена от внешней, практической, и обе они суть осмысленные и смыслообразующие процессы. Гл. процессами деятельности выступают интериоризация ее формы, приводящая к субъект, образу действительности, и экстеориоризация ее внутренние формы как опредмечивание образа, как его переход в объективна идеальное свойство предмета.

На каждой возрастной ступени развития личности в Теории деятельности более представлен какой-либо определенный вид деятельности, приобретающий ведущее значение в формировании новых психических процессов и свойств детской личности. Разработка проблемы ведущей деятельности явилась фундаментом, вкладом Леонтьева в детскую и возрастную психологию. Этот ученый не только охарактеризовал смену ведущих деятельностей в процессе развития ребенка, но и положил начало изучению механизмов этой смены, превращения одной ведущей деятельности в другую.

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.

Таким образом, с позиций теории деятельности проблема обучения детей с нарушениями развития 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. В частности, это касается формирования мотивов деятельности у детей. Принцип единства психики и внешней деятельности указывает путь формирования познавательной деятельности как в норме, так и при нарушениях развития.

Значимость теории П.Я.Гальперина для специальной психологии.

Теория поэтапного формирования умственных действий возникла и развивалась в русле теории деятельности. Ее создатель П. Я. Гальперин руководствовался в своих построениях

принципом единства психики и деятельности, представлением о неразрывной связи внешней и внутренней деятельности. В данной теории излагаются закономерности становления психики человека в онтогенезе. Но поскольку психическое развитие человека состоит главным образом в усвоении социокультурного опыта с помощью других людей, такого рода теории неизбежно становятся и теориями обучения. Для специальной психологии данная теория очень важна, так как при атипичном развитии познание мира и приобретение практического опыта происходит не столь спонтанно, как в норме, требуется целенаправленная помощь родственников и специалистов. Такое направленное воздействие должно строиться по законам, обеспечивающим эффективное овладение знаниями и их применение. Эта теория важна для специальной психологии, особенно ее психокоррекционного раздела, именно в качестве методологического основания, потому что в ней процесс обучения широко понимается и подробно (поэтапно) анализируется

Основное место в теоретических построениях П. Я. Гальперина отводится понятию «действие». Оно выделяется в качестве единицы познавательной деятельности и как главный фактор управления ее формированием, тем самым обозначается структура действия и его функциональные части. Образ действия и образ среды действия объединяются в единую часть структуры — ориентировочную основу действия, которая и служит компасом в управлении действием. Это та система условий, которую реально учитывает человек при выполнении действий.

Ориентировочная часть действия, или его ориентировочная основа, подразумевает принятие в расчет объективных условий выполнения действия. В действии имеется также исполнительная (рабочая) часть, обеспечивающая идеальные или материальные преобразования в объекте действия. Контрольная часть действия состоит в слежении за его ходом и сопоставлении полученных результатов с заданным образцом.

При развитом интеллекте основу мышления составляют «свернутые», быстро протекающие действия. Однако они появляются у ребенка не сразу. Согласно теории П. Я. Гальперина, сначала ребенок овладевает новыми умственными действиями в материальном или материализованном виде с развертыванием всех входящих в действие составляющих. В таком виде выполняются и ориентировочная, и исполнительная, и контрольная часть действия. Постепенно происходит изменение умственных действий: их развернутости, обобщенности и освоенности.

Способность выполнять действие полностью в умственном плане означает, что оно прошло весь путь интериоризации, превратилось во внутреннее действие. Так как форма действий свидетельствует об уровне психического развития, достаточно просто наблюдается и регистрируется, целесообразно использовать именно эту характеристику при обследовании детей с атипичией развития. Другие параметры менее изучены, но и они могут оказаться полезными для описания особенностей мышления психики. Обобщенность умственного действия характеризуется способностью выделять существенные свойства предмета при выполнении этого действия.

Развернутость действия характеризуется сохранностью первоначальных операций при

Согласно теории поэтапного формирования умственных действий, для того чтобы запрограммированные виды познавательной деятельности стали достоянием обучаемых, их надо провести через ряд качественно своеобразных состояний по всем основным характеристикам. Эти переходные состояния и составляют этапы усвоения умственных действий. Всего П. Я. Гальперин выделяет пять этапов усвоения действия. Период создания необходимой мотивации обучающегося он обозначает как «надэтап».

Первый этап — создание ориентировочной основы действия. На этом этапе учащимся объясняется цель действия и его объект. Обучающий создает у учащихся ориентировочную основу деятельности, он экстериоризует свои умственные действия, раскрывает их перед учащимися в материальной или материализованной форме. Обучаемый же следит за действиями обучающего, используя свои ранее сформированные действия (в основном навыки восприятия и мышления), и составляет во внутреннем плане абрис будущего действия.

Второй этап — формирование действия в материальном (действие с предметами) или материализованном (действие со схемами, символами) виде. Учащиеся выполняют действие во внешней форме с развертыванием всех операций. На этом этапе обучаемый должен усвоить содержание действия, а обучающий проконтролировать выполнение каждой входящей в действие операции. Для обобщения действия на этом этапе в обучающую программу включаются задачи по типичному применению данного действия. В то же время однотипные задачи не должны приводить к сокращению и автоматизации действия. Таким образом, на втором этапе ученик выполняет задание в материальной форме и усваивает действие на материальном уровне.

Действие усваивается как развернутое, обобщенное и сознательно выполняемое в полном составе его операций. 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.

Третий этап — формирование действия как внешнеречевого. На этом этапе все элементы действия представляются в форме развернутой громкой речи. «Речь становится самостоятельным носителем всего процесса: и задания и действия». Развернутость речи при сопровождении действий — обязательное условие третьего этапа. Практически все операции оречевляются, и именно в этом процессе проходит их усвоение. Здесь возможно некоторое сокращение действия за счет перехода части операций в умственную форму, действие доводится до автоматизма.

Четвертый этап — формирование действия в речи «про себя». Этот этап 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.

Пятый этап — формирование действия во внутренней речи и его полный переход в умственную форму. Действие становится автоматизированным и практически недоступным наблюдению.

Для специальной психологии рассмотренная 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. Есть основание полагать, что обучение детей с нарушениями с систематическим использованием теории поэтапного формирования умственных действий оказывает положительное влияние и на обучение, и на развитие. Согласно этой гипотезе, которая отчасти уже подтверждена экспериментально, такое обучение в большей мере, чем традиционное, является источником развития: расширяет его ближайшие зоны, меняет сам тип развития, способствуя нормализации.

3. Значение основных концепций Л.С.Выготского для специальной психологии.

Представление Л. С. Выготского об актуальном уровне развития и зоне ближайшего развития имеет для специальной психологии и концептуальное и конструирующее значение. Понятие «зона ближайшего развития» оформилось в теории Л. С. Выготского в дискуссиях о соотношении обучения и развития в связи с обоснованием научного подхода к диагностике психического развития. В «Лекциях по педологии» (1928) Л. С. Выготский впервые ввел понятие «уровень ближайшего развития». Он обращает здесь внимание на то, что при выяснении реальных отношений умственного развития к возможностям обучения нельзя ограничиться одним определением уровня развития. Актуальный уровень развития, по Л. С. Выготскому, измеряется трудностью задач, которые ребенок решает самостоятельно, без помощи взрослых. Этот уровень отражает путь, уже пройденный ребенком в развитии, измерить его — значит обрести «знание итогов вчерашнего дня». Нахождение же зоны ближайшего развития — это определение не созревших на сегодняшний день, но находящихся в периоде созревания процессов. Если ребенок наблюдает за другими детьми или ему оказывает помощь взрослый, то такой ребенок способен на большие достижения. Повышаются достижения и при коллективной деятельности. Расхождение в трудности задач, которые ребенок решает самостоятельно и с помощью взрослого, характеризует зону ближайшего развития.

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.

Для оценки актуального уровня развития ребенка следует установить его знания, умения и навыки в момент обследования. Кроме того, оценивается способность ребенка осуществлять различные виды деятельности в единстве их компонентов (мнемическую, мыслительную, речевую, учебную/игровую). Зона ближайшего развития определяется по обучаемости: активности ориентировки в новых условиях, способности к усвоению знаний, восприимчивости к помощи других, переносу умений в новые условия, скорости формирования новых понятий и способов действия, переключаемое с одного способа действий на другой, темпу и ритму работы. Выделение обучаемости как основного критерия диапазона (величины зоны) ближайшего развития

предполагает применение этого критерия и при усвоении способов межличностного взаимодействия.

По аналогии с этапами формирования умственных действий можно выделить несколько этапов обучаемости как готовности к переходу на следующую стадию усвоения знаний с опорой на меньшую помощь взрослого. Имеется в виду, что первоначально развернутая помощь постепенно сокращается и, наконец, наступает этап собственной инициативы в переходе на новую стадию обучения и развития. Обучаемость проявляется, как уже указывалось, в активности ориентировки ребенка в новых условиях, его интеллектуальной инициативе, восприимчивости к помощи другого человека при выполнении трудного задания, способности к самостоятельному решению схожих задач, темпе деятельности.

4. Значение теории А.Р.Лурии для специальной психологии

Согласно этой теории мозг – субстрат психических функций - работает как единое целое, состоящее из множества высококодифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль. Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы, которые осуществляются в соответствующих структурах. Нарушение этих физиологических процессов приводит к появлению первичных дефектов, распространяющихся на целый ряд взаимосвязанных психических функций.

Системная локализация высших психических функций предполагает многоэтапную иерархическую многоуровневую мозговую организацию каждой функции. Это неизбежно вытекает из сложного многокомпонентного состава функциональных систем, на которые опираются высшие психические функции. Локализация высших психических функций характеризуется также динамичностью, изменчивостью. Этот принцип локализации функций вытекает из основных качеств функциональных систем, опосредующих высшие психические функции, их пластичности, изменчивости, взаимозаменяемости звеньев. Представления о динамичности, изменчивости мозговой организации психических функций опираются на клинические, физиологические и анатомические данные.

Таким образом, основные положения теории 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 (прежде всего вторичных и третичных областей коры больших полушарий) возникает “первичный” дефект – нарушение определённого физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре (фактору).

4. В то же время в виде системного следствия возникают “вторичные” дефекты как результат поражения общего звена, входящего в различные функциональные системы.

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

Согласно концепции А. Р. Лурии, структуры мозга можно условно объединить в три функциональных блока, непременно участвующих в любом виде психической деятельности.

Первый блок обеспечивает регуляцию тонуса и бодрствования, второй — получение, переработку и хранение информации, третий — программирование, регуляцию и контроль психической деятельности.

1. Блок регуляции тонуса и бодрствования (энергетический)

Для осуществления различных видов психической деятельности необходимо, чтобы мозг был в состоянии бодрствования. Это состояние достигается при оптимальном тонусе коры головного мозга. Оно обеспечивается стволовыми и подкорковыми образованиями мозга (верхние отделы мозгового ствола, ретикулярная формация) и образованиями древней (медиальной и базальной) коры. Тонизируя кору, эти образования находятся одновременно под ее регулирующим влиянием.

2. Блок приема, переработки и хранения информации.

Этот блок расположен в задних наружных отделах головного мозга и включает затылочную (зрительную), височную (слуховую) и теменную (общесенсорную) области. Данные области обладают высокой модальной специфичностью и принимают соответствующую каждой из них информацию.

Отличительной особенностью этого блока мозга является иерархическая организация каждой из его составляющих. Кора головного мозга представляет здесь иерархию первичных и вторичных зон, обеспечивающих различный уровень обработки поступающей в мозг информации. В первичных зонах за счет высокой концентрации специфических нейронов (реагирующих на одну модальность) происходит строго дифференцированный анализ информации.

3. Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности.

Этот блок связан с организацией активной сознательной деятельности человека. Его составляющие расположены в передних отделах больших полушарий впереди от центральной извилины. Исполнительным аппаратом блока считается передняя центральная извилина, так называемая двигательная зона. В нее проецируются органы, имеющие большое функциональное значение и требующие тонкой двигательной регуляции (конечности, мышцы лица, губ, языка). Роль вторичной зоны играют премоторные отделы лобной области.

Наиболее существенной частью третьего блока мозга, согласно А. Р. Лурии, являются префронтальные отделы лобных долей. Они имеют обширные связи с нижележащими отделами мозга (медиальными и вентральными ядрами, подушкой зрительного бугра и другими образованиями) и ретикуляторной формацией, а также со всеми остальными конвекситальными отделами коры. По многочисленным нервным путям, соединяющимся с ретикулярной формацией, эта область мозга «заряжается» от первого блока и одновременно осуществляет его контроль. Префронтальные отделы мозга играют, следовательно, важную роль в регуляции активности, приводя ее в соответствие с намерениями и замыслами. Морфологическая организация лобных долей, которые фактически надстроены над всеми отделами мозговой коры, обеспечивает универсальную функцию общей регуляции поведения.

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.

5. *Значение теории социализации для специальной психологии.*

В описании предмета специальной психологии в качестве важнейших его составляющих в современных социальных условиях указывалось на закономерности процесса социализации людей с атипичным развитием, изучение отношения к ним общества. Необходимо выяснить, как происходит личностное становление человека с атипичией развития, каким образом атипичные дети осваивают социальные роли, приобретают навыки взаимодействия с другими людьми, получают знания об устройстве общества, в котором живут, и как в их сознании формируется картина мира. С другой стороны, важно понять и то, как само общество относится к таким детям. Ответить на эти вопросы можно только опираясь на современные представления о социализации и социальном влиянии.

В целом социализация состоит во вхождении в социальную среду, в приспособлении к ней, освоении социальных ролей, установлении социальных связей, подверженности социальным влияниям. Человек не просто усваивает социокультурный опыт поколений и своего конкретного окружения, но и преобразовывает этот опыт в собственные ценности, установки, представления, что в конечном счете формирует его поведение и отдельные поступки. Социализация, следовательно, по своему содержанию есть процесс становления личности.

Выделяются три сферы социализации: деятельность, общение, самосознание. Общая характеристика этих трех сфер — процесс расширения, умножения социальных связей индивида с внешним миром.

Г. М. Андреева, анализируя с этих позиций процесс социализации, выделяет в деятельности такие важные моменты, как ориентировка в системе социальных связей через посредство личностных смыслов, что означает выявление каждым индивидом важных, интересных форм деятельности и их освоение; центрирование вокруг главного и подчинение ему всех видов деятельности (система предпочтений); освоение личностью новых социальных ролей в процессе деятельности и осмысление их значимости.

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.

Третья сфера социализации — развитие самосознания личности, становление образа «Я». Наиболее распространена схема структуры «Я», состоящая из трех компонентов:

- ◆ познавательного (знание себя);
- ◆ эмоционального (оценка себя);
- ◆ поведенческого (отношение к себе).

Самосознание можно представить в качестве целостного самовосприятия, понимания собственной идентичности. Развитие самосознания в процессе социализации зависит от диапазона деятельности и общения, в котором приобретает опыт. В ходе взаимодействия с социальной средой человек постоянно корректирует представление о самом себе, производя сравнение с представлением о нем окружающих.

Социализация начинается с момента рождения человека. Известно выражение Л. С. Выготского, что ребенок, родившись, уже является социальным существом. Постепенное расширение круга общения способствует тому, что окружающий мир открывается ребенку в системе ролевых взаимодействий, правил социального поведения и культурных норм. Ребенок усваивает ценности социума, преломляя их через свое видение, и у него формируется определенный тип поведения. Он ориентируется в системе социальных ролей, произвольно и произвольно выбирая приоритеты, отдавая предпочтение конкретным лицам и способам поведения. В результате формируется самосознание, происходит самоопределение и возникает социальная идентичность. В многопозиционных отношениях ребенка с микро- и макросоциумом складываются ситуации социального выбора, чем определяется принятие социальных ролей и усвоение социальных норм как результат процесса социализации. Можно утверждать, что в определенном смысле основная сфера социализации — межличностное взаимодействие.

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.

Нарушения социализации проявляются в дезадаптивных способах поведенческого реагирования на неприятие ближайшим окружением. Эта закономерность особенно очевидна у детей с нарушениями развития, которые испытывают неприятие со стороны семьи, ближайшего социума, а также со стороны общества и государства. Дезадаптивные способы поведения формируются в проблемных и конфликтных ситуациях, продуктивный выход из которых таким детям не всегда по силам, в том числе и вследствие снижения их социального интеллекта. В этой связи для специальной психологии теория социализации и социального влияния совершенно необходима, а изучение процесса социализации в возрастном аспекте весьма актуально.

Тема: Принципы и методы специальной психологии

Рассматриваемые вопросы: *Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией: принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, генетический принцип. Понятие системогенеза. 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. Методы сбора информации. Метод беседы. Наблюдение как метод в специальной психологии, его своеобразие в процессе изучения лиц с ОПФР. Особенности самонаблюдения. Виды и формы экспериментальных техник, применяемых в специальной психологии. Особенности использования метода эксперимента. Стандартизированные психодиагностические процедуры и их использование. Метод анкет и опросов. Метод анализа продуктов деятельности. Анамнестический метод в процессе изучения различных форм нарушенного развития.*

Помимо собственно категориального аппарата каждая наука обладает системой объяснительных принципов, предельно общих представлений, использование которых позволяет относительно непротиворечиво и последовательно понимать и объяснять изучаемые явления. Прикладные науки пользуются системой принципов, созданных в рамках фундаментальных дисциплин. Поэтому сформулированные в общей психологии принципы являются едиными для всех отраслей психологической науки.

Наиболее общим является *принцип отражательности*. Суть его сводится к тому, что 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. Отражение может страдать с точки зрения полноты, точности, глубины, но оно всегда остается принципиально адекватным, в целом, верным, правильным.

Следующий объяснительный принцип

Принцип детерминизма – с его позиции психические явления рассматриваются как причинно-обусловленные, производные от внешнего воздействия, которое и отражается психикой. Самое простое понимание принципа детерминизма в спец. психологии – не бывает и не может быть беспричинных отклонений в развитии. Причина может быть известна, может – не известна, но она существует. При этом один и тот же патогенный фактор может приводить к различным формам отклонений, равно как и то, что разные причины могут приводить к одному и тому же типу отклонения в развитии.

Генетический, или принцип развития. Сущность его сводится к положению о том, что все психические явления необходимо рассматривать исключительно в динамическом плане, т.е. в процессе развития и становления. Несмотря на наличие определенной специфики, обозначенной понятием «особый способ», отклоняющемуся развитию свойственно то же самое, что характерно для развития вообще: перманентное формирование количественных и качественных новообразований, необратимость и т. д. Говоря о генетическом принципе необходимо рассмотреть понятие системогенеза — процесс последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонения. Симптомы отклонений следует рассматривать как динамическое образование — в качестве закономерного процесса в генетическом плане.

Субъективное отражение объективной действительности, само его существование необходимо для осуществления регуляции поведения и деятельности. На этом положении базируется еще один из важнейших объяснительных принципов психологии — *принцип единства сознания (психики) и деятельности*. Согласно данному принципу психика развивается и проявляется в процессе внешней материальной деятельности человека, составляя ее внутренний план. Предельно упрощая характер связи психики и деятельности, можно сказать, что 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.

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.*

Основные принципы психологического обследования детей с разными формами отклонений в развитии:

- *сравнительный принцип:* эмпирические данные, полученные в эксперименте или наблюдении, оцениваются как научно валидные лишь в случае их сравнения с аналогичным фактическим материалом, воспроизведенным на сопоставимой выборке нормально развивающихся детей. Сравнительный принцип подразумевает также сопоставление данных, полученных на конкретной группе детей, с аналогичными результатами исследований, проведенных на детях с иной формой нарушения.

- *принцип комплексного подхода* – при психологическом обследовании детей с отклонениями, особенно при интерпретации полученных результатов, психолог обязан учитывать данные клинического характера (неврологический и соматический статус, состояние зрения, слуха, речи, двигательной сферы, возможность наследственной природы нарушений и пр.).
- *принцип целостного, системного изучения*. Системный анализ в процессе психолого-педагогической диагностики предполагает установление взаимосвязей между отдельными нарушениями, их иерархии. Очень важно, чтобы были выявлены не только явления негативного характера, но и сохранные функции и положительные стороны личности, которые составят основу коррекционных мероприятий.
- *принцип единства диагностической и коррекционной помощи детям с нарушениями в развитии*. Задачи коррекционно-педагогической работы могут быть решены только на основе диагностики, определения прогнозов психического развития и оценки потенциальных возможностей ребенка.

Научный метод — это исторически сложившийся способ получения достоверных фактов. Психология в своей практике использует две группы методов — общенаучные и собственно психологические. Первые используются большинством наук, как естественных, так и гуманитарных — эксперимент, наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности, опрос, самонаблюдение и др. Специальная психология использует общепсихологические методы, однако применение их имеет свою специфику.

И.М. Бгажнокова разделила методы изучения 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 оно имеет особое значение, поскольку не всегда удается провести психологический эксперимент из-за тяжести и выраженности нарушений в развитии испытуемого; кроме того, направленность на качественный анализ экспериментальных данных обязательно предполагает их дополнение данными наблюдения.

Эксперимент. Определение уровня актуального развития в *констатирующем эксперименте* 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.

Беседа. 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.

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

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.

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.

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

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, безусловно, не закрывает путь их употребления в качестве вспомогательного методического средства в условиях учреждений образования. Основными теоретическими проблемами использования данных методик в специальной психологии являются проблемы своеобразия отклонений на уровне бессознательного, как и каким образом изменяется процесс проекции при разных формах дизонтогенеза.

Тема: *Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития*

Рассматриваемые вопросы:

Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития: взаимодействие биологического и социального факторов развития; единство психики и деятельности; поэтапность развития; системность развития. 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 нормальных 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.

Процесс развития может рассматриваться в двух ракурсах. Во-первых, как процесс последовательного появления психических функций, когда каждая последующая функция появляется на основе предыдущей. Во-вторых, как процесс одновременного развития взаимосвязанных функций. Вначале функции развиваются не зависимо друг от друга в течение некоторого времени, затем начинают влиять на друга, ассоциативные связи сменяются иерархическим построением, выделяется ведущая функция. В настоящее время системный подход в развитии психики является доминирующим.

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

- *неравномерность* – неодинаковость, непостоянство в развитии отдельных психических функций, процессов, свойств, его колебательный характер;
- *гетерохронность* – разновременность, асинхронность, несовпадение во времени фаз развития отдельных органов и функций;
- *неустойчивость развития* – изменение динамики развития, проявляющееся в кризисах развития;
- *сензитивность развития* – наличие отдельных периодов повышенной восприимчивости развития психических функций к внешним воздействиям (обучению и воспитанию);
- *кумулятивность развития* – накопление результатов развития каждой предшествующей стадии, при котором они включаются в последующую стадию, определенным образом трансформируясь.
- *дивергентность - конвергентность хода развития* – дифференциация и повышение разнообразия психических функций, с одной стороны, и их интеграция, свертывание – с другой.

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: - 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); - *врожденные* – они возникают в период внутриутробного развития и теснейшим образом связаны со здоровьем и условиями жизни матери; - *приобретенные* – рассматриваются как последствия родов или перенесенных заболеваний впервые месяцы или годы жизни ребенка (инфекционные заболевания, травмы и т.д.).

Внешние факторы: - *обучение* – это процесс организованного формирования знаний, умений, навыков; - *воспитание* – это целенаправленное воздействие на сознание и поведение с целью формирования установок, принципов, ценностных ориентаций.

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.

Модально-неспецифические закономерности развития психики детей с ОПФР.

Модально-неспецифические закономерности - общие для всех детей с дизонтогенезом, независимо от характера основного нарушения (свойственны детям с интеллектуальной недостаточностью, с сенсорными нарушениями, с нарушениями эмоционально-волевой сферы и т.д.):

- *Возникновение вторичных дефектов* в процессе психического развития ребенка с дизонтогенезом. Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л.С.Выготскому. Структура дефекта состоит из первичного, вторичного и следующих порядков дефектов (нарушений). Первичные, или ядерные, нарушения представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора. 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. 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. Механизм формирования вторичных нарушений может быть различным, но существенную роль в нем всегда играет социальный фактор.

Третичные, или неспецифические, нарушения - нарушения разных сторон психики, не имеющие непосредственных связей с первично поврежденной функцией. Иначе говоря, третичные нарушения рассматриваются в ряду индивидуально варьируемых признаков, необязательных для лиц с определенным типом дизонтогенеза.

<i>Структура дефекта при интеллектуальной недостаточности</i>	
Первичный дефект	Инактивность (бездеятельность)
Вторичный дефект	Нарушения психических функций в качестве высших
Третичный дефект	Специфика развития личности. Деадаптация

Механизмы возникновения вторичных отклонений.

Механизм формирования вторичных нарушений может быть различным, но существенную роль в нем всегда играет социальный фактор.

1. Основным механизмом вторичных нарушений обуславливается *наличием межфункциональных связей между различными компонентами психики*. В оптимальном, относительно сформированном виде структура сознания складывается из двух основных компонентов — это так называемые бытийный и рефлексивный слои сознания. Первый направлен на отражение внешнего мира, второй обращен внутрь, на собственный субъективный мир. Взаимодействуя с предметами внешнего мира, ребенок отражает как их свойства, так и свои собственные.
2. Следующий механизм связан с *сензитивными периодами* становления разных сторон психики. Принцип действия этого механизма в общих чертах сводится к следующему. В момент действия патогенного фактора, прежде всего, нарушаются стороны психики, находящиеся в фазе наиболее интенсивного развития. Вероятнее всего предположить, что в периоды сензитивной активности явно снижается эффективность работы компенсаторных механизмов, что приводит к снижению толерантности, как всей психики, так и отдельных ее сторон.
3. *Коммуникативный механизм проявления системных отклонений*. Одним из ключевых моментов в психическом развитии ребенка является процесс общения. В общении взрослый передает ребенку культурно-исторический опыт, усвоение которого и составляет сущность процесса формирования человеческого сознания. На ранних этапах развития передача опыта реализуется тем, что взрослый раскрывает для ребенка способы действия с предметами, самостоятельно открыть их ребенок еще не может. Отсюда несложно понять, что любое первичное нарушение в разной степени и с разных сторон затрудняет общение и процесс передачи опыта, тем самым, замедляя процесс психогенеза, т.к. возникающие в процессе общения затруднения, характерные практически для всех групп детей с отклонениями в развитии, с неизбежностью замедляют процесс становления ВПФ.
4. *Деятельностный механизм формирования системных отклонений*. Психика выступает в роли особого регулятора внешней предметной деятельности, образуя ее внутренний план. Именно поэтому нарушения процесса психического развития, как правило, с неизбежностью приводят к отставанию в темпах формирования психомоторики, предметных действий и разных видов деятельности. Конкретным проявлением данного механизма можно считать нарушение процесса формирования умственных действий.
5. *Депривационный механизм*. Своеобразие жизненной ситуации большинства детей с отклонениями в развитии характеризуется влиянием сразу нескольких видов депривации. Среди них первичные, или клинические связаны с недостатками зрения, слуха, речи и двигательной активности. Особенно типична для периода дошкольного детства социальная депривация, проявляющаяся в сужении круга общения. Не редкостью является и ситуация эмоциональной депривации, связанной с холодным и равнодушным отношением к ребенку в семье. Подобные условия способны оказать негативное влияние, как на эмоциональное, так и на когнитивное развитие ребенка.

Модально-специфические закономерности развития психики детей с ОПФР.

К модально-специфическим относят закономерности, свойственные какой-то одной группе детей с отклонениями в развитии. Это свои, обусловленные конкретным дефектом, сложные специфические особенности, отличающие одну категорию детей от другой (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. 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.

Закономерности при *интеллектуальной недостаточности* следующие: - слабость психической активности или активности психического отражения (Л.С.Выготский); - рассогласованность практической и интеллектуальной деятельности (В.Г.Петрова); - недоразвитие регулирующей функции речи; - возможность формирования нейропсихических связей на наглядной основе без вербализации, т.е. со значительно меньшим, чем в норме, участием словесной системы (В.И.Лубовский).

Закономерности при ЗПР следующие: - низкий уровень познавательной активности при относительно высоких потенциальных возможностях обобщения и отвлечения, проявляющихся при сотрудничестве со взрослым; - запаздывание в проявлении неологизмов (словотворчества) в речи детей с ЗПР.

У незлышащих 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.

Тема: Параметры дизонтогенеза

Рассматриваемые вопросы:

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.

Г.Е. Сухарева с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. Клинически близка к классификациям Л. Каннера и Г.Е. Сухаревой классификация нарушений психического развития, предложенная Я. Лутцем, в которой выделяются пять типов нарушений психического развития. Необратимое недоразвитие связывается автором с олигофренией; дисгармоническое развитие – с психопатией; регрессирующее развитие - с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией; альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической патологии; и, наконец, развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

По мнению Г.К. Ушакова и В.В. Ковалева, основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются: 1) ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное; 2) асинхрония – как неравномерное дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

По мнению В.В. Лебединского, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами: недоразвитие; задержанное развитие; поврежденное развитие; дефицитарное развитие; искаженное развитие; дисгармоническое развитие. Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушения развития.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В.Лебединского.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

- общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести),
- задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

- поврежденное развитие (органическая деменция),

- дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно - двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

- искаженное развитие (ранний детский аутизм),
- дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития. Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

На тип возникшей у ребенка дизонтогении по представлениям клиницистов Г.Е.Сухаревой и М. С. Певзнер влияют следующие факторы: - время и длительность воздействия повреждающих агентов (возрастная обусловленность дизонтогении), - их этиология, - распространенность болезненного процесса – локальность или системность патогенного воздействия, - степень нарушения межфункциональных связей.

Это так называемые параметры дизонтогенеза.

Понимание психического онтогенеза - дизонтогенеза как относящегося ко всей продолжительности жизни человека позволяет ставить вопрос о влиянии социальной ситуации развития (по Л.С. Выготскому) на проявления дизонтогенеза в каждом из возрастных периодов жизни. Кризисы развития могут проявляться в негативных поведенческих феноменах, в этих критических точках выше вероятность «накопления» различного рода девиаций, формирования пограничных расстройств и манифестации эндогенных психических заболеваний.

Оценка дизонтогенеза, начинающегося не в детском возрасте, а позже, и его психологическая квалификация на каждом из этапов жизни является новой задачей клинической психологии. Дизонтогении могут порождаться новой социальной ситуацией развития (например, новыми социальными обстоятельствами, этническими, техническими, культурными и цивилизационным и изменениями). Так, появление ряда зависимостей у людей разного возраста, которое отмечается в большинстве стран в последнее десятилетие, связано с активным использованием новых технических средств (компьютер, мобильный телефон, интернет и др.). Новые варианты психической патологии ставят перед клиническими психологами научные и практические задачи по их диагностике и коррекции.

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.

Тема: *Особенности развития психики в условиях разных видов депривации*

Рассматриваемые вопросы:

Сущность депривационных феноменов. Культуральная и социальная депривации. Сенсорная депривация. Коммуникативная депривация. Материнская депривация. Депривация и нарушенное развитие. Принципы профилактики депривационных явлений.

Термин «депривация», активно вошедший в психологический словарь в середине 80-х годов XX столетия, в буквальном смысле означает «лишение». По своей сути депривационные феномены представляют собой многообразные измененные состояния сознания и различные варианты нарушений нормального хода возрастного психического развития, вследствие более или менее длительного блокирования значимых психофизиологических потребностей.

Для полноценного развития ребенка необходимо, чтобы удовлетворялись его основные психические потребности. Отсутствие или недостаточность реализации какой-либо потребности приводит к возникновению психических нарушений. И. Лангмейер, З.Матейчек выявили основные потребности ребенка:

- 1) Потребность в определенном количестве изменчивости в виде многообразных чувственных стимулов (зрительных, осязательных, слуховых). К таким относят смену окружающей обстановки, многообразие игрушек, музыки, мультиков. Это необходимо, чтобы ребенок привыкал к постоянной изменчивости окружающей среды, изучал ее и мог, соответственно, адаптироваться в различных жизненных обстоятельствах.
- 2) Потребность в основных условиях для учения, приобретения различных навыков. Такие условия предполагают нормальный режим дня (примерно в одно и то же время ежедневно ложиться спать, завтракать, ужинать, играть), структурированную окружающую среду. Это необходимо для того, чтобы ребенок мог контролировать и понимать происходящее, чтобы у него была связь между предметами и явлениями.
- 3) Потребность в первичных общественных связях (особенно с материнским лицом), то есть ребенку очень важно общение с мамой, особенно эмоциональное. Если дите будет чувствовать материнское тепло, любовь, заботу, то у него не будет возникать ощущение ненужности, уязвимости.
- 4) Потребность в общественной самореализации, предоставляющей возможность овладения общественными ролями. Например, ребенок с детства приобретает роль ребенка, внука, воспитанника детского сада, школьника, покупателя, пассажира. Дети нуждаются в понимании, каким образом вести себя в определенных ситуациях. Неудовлетворение одной из перечисленных потребностей ведет к депривации.

В настоящее время не существует ни единой теории депривационных явлений, ни общей их классификации. Наиболее распространенная эмпирическая классификация базируется на выделении нескольких ее видов в зависимости от характера блокируемой потребности. Так, принято говорить о депривации:

- сенсорно-перцептивной,
- коммуникативной,
- кинестетической,
- эмоциональной.

Хорошо известно, что разные люди весьма индивидуально реагируют на депривационные ситуации. Человек может находиться достаточно долго в ситуации депривации, но при этом не проявлять никаких выраженных признаков депривационных феноменов, и наоборот.

Депривация сенсорная: связана с обедненной предметной окружающей средой. Если ребенок воспитывается в ультраустойчивой среде, если его жизнедеятельность не насыщена стимулами, то он будет пассивен и не восприимчив к изменениям окружающей среды. Такой ребенок не будет инициативным, так как он не адаптирован к чему-то новому.

Депривация когнитивная: наоборот, если среда слишком изменчивая, без четкого упорядочения и смысла, которая не дает возможности понимать, регулировать происходящее, ребенок будет гиперактивным. Ему будет интересно все. Это ведет к сложности сосредоточения на чем-то одном.

Депривация эмоциональная: отсутствие возможности для установления эмоционального отношения к какому-либо лицу или разрыв подобной эмоциональной связи, если таковая уже была создана. Отдельно рассматривается материнская депривация, способствующая психической и физической отсталости в первые годы жизни детей по причине нехватки общения с матерью или другими взрослыми. Подобная сенсорная и эмоциональная депривация приводит к нарушениям развития психики и эмоциональному обеднению.

Депривация социальная: ограниченная возможность для усвоения социальной роли, отсутствие у ребенка идентификации себя к определенной социальной группе, ощущение отчужденности, отсутствие осознания себя частью общества. Воспитываясь в относительно устойчивой среде с выраженной повышенной зависимостью ребенка к однозначным условиям и людям, он будет стремиться искать определенное лицо, к которому будет пытаться привязаться и всячески сохранить эту связь, потому что так ему комфортно.

Для профессионалов в области специальной психологии особый интерес представляют такие формы депривации, как:

- коммуникативная
- эмоциональная.

Недостаточность общения и эмоционального тепла, особенно в первые годы жизни, может весьма пагубно сказаться на психическом развитии ребенка. Указанные обстоятельства говорят о том, что депривационные ситуации могут стать серьезной причиной выраженных отклонений в развитии ребенка.

Некоторые варианты нарушенного развития сами являются причиной возникновения депривационных явлений, что дополнительно отягощает процесс развития. Сказанное позволяет утверждать, что депривация может выступать одновременно и как причина нарушенного развития, и как следствие нарушенного развития.

Помимо этого, для большинства детей с проблемами в развитии, особенно в дошкольном возрасте, характерна ситуация коммуникативной депривации.

Все вышеизложенное делает проблему профилактики депривационных ситуаций в развитии проблемных детей чрезвычайно актуальной, как в практическом, так и в теоретическом отношении. Наиболее деформирующее влияние депривация оказывает на процесс формирования личности.

С точки зрения современного системного подхода личность чаще всего рассматривается не как отдельный компонент психики, а как особое свойство психики, способ организации и саморегулирования. *А. Н. Леонтьев* характеризовал личность, как системное и сверхчувственное качество, указывая при этом на то, что носителем этого качества является телесный, чувственный индивид с присущими ему врожденными и приобретенными свойствами. Последние представляют собой лишь условия и предпосылки формирования личности человека, всецело не предопределяя ее сущности.

В специальной психологии долгое время основное внимание уделялось изучению преимущественно познавательных процессов. Но по мере возрастающего осознания значимости проблем трудовой адаптации и социальной интеграции инвалидов все больше актуализировался интерес к вопросам своеобразия формирования личности при различных отклонениях в развитии. Одновременно с этим развернулась весьма бурная дискуссия по вопросам о том — может или не

может оказывать негативное влияние первичное нарушение на ход формирования личности. Высказывалось несколько точек зрения:

1. Первая состояла в отрицании какого бы то ни было негативного влияния первичного нарушения на процесс формирования личности особого ребенка.
2. Сторонники второго подхода отстаивали идею о дифференцированном влиянии основного патогенного фактора.
3. Представители третьего направления постулировали идею, согласно которой развитие личности в целом должно с неизбежностью испытывать на себе негативное влияние основного нарушения.

Упомянутая дискуссия остается актуальной и в настоящее время.

Сегодня вряд ли может вызывать сомнения идея о негативном влиянии основного нарушения на процесс формирования личности особого ребенка. Системный характер строения человеческого сознания предполагает, что нарушения одного компонента или процесса его развития на определенном этапе с неизбежностью должно сказаться на прочих составляющих.

Весьма важным и не до конца решенным является вопрос о характерологической специфичности разных форм дизонтогенеза. Проще говоря, вопрос о том, существуют ли типичные черты личности, свойственные только, скажем, для незрячих, неслышащих и т. д.? Выделяемые в современных исследованиях характерологические профили весьма многообразны, но пока не существует веских оснований считать их узко специфичными, т. е. характерными для конкретной формы дизонтогенеза. Следует также особо подчеркнуть и то, что приводимый список негативных личностных характеристик может быть свойственен не только лицам с самыми разными формами нарушенного развития, но и лицам без таковых. Тем не менее, сказанное означает, что совершенно разные причины способны приводить к весьма сходному результату, т. е. к общему набору отрицательных характерологических свойств, что вероятнее всего свидетельствует о непрямом, а опосредованном влиянии изначально разных причин. Это дает основание отнести отрицательные свойства личности к разряду модально неспецифических закономерностей нарушенного развития, да и то как факультативных, т. е. необязательных, имеющих место быть далеко не всегда и не у всех.

Личностные изменения возникают не прямо под влиянием нарушения какой-то конкретной функции, ибо сами функции безличны. Личность характеризуется внечувственностью, несводимостью к своим природным предпосылкам, в том числе и к отдельным функциям. Личность формируется в процессе включения человека в систему общественных отношений. Та или иная патология, прежде всего, затрудняет процесс вхождения в эту систему, изменяет характер самих этих отношений как избирательных связей человека с миром и, прежде всего, с миром культуры. И только через нарушение этих связей, т. е. опосредованно, недостатки отдельной функции способны повлиять на процесс формирования личности.

Тема: *Компенсация и коррекция отклонений в развитии*

Рассматриваемые вопросы:

Социально-психологическая реабилитация и абилитация. Понятие о компенсаторных феноменах. Внутрисистемная компенсация. Межсистемная компенсация. Уровни реализации компенсаторных процессов. Защитные механизмы и копинг-стратегии. Теория о сверхкомпенсации А.Адлера. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы. Понятие «коррекция». Понятия «реабилитация», «абилитация».

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.

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.

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, вдохание — 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.

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 сенсбилизации - закономерной способности функций к повышению своей эффективности под влияние тренировок. Коррекция, в отличие от компенсации, показана в случае, нарушения функции, но не ее выпадения. Корректировать 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 хромотает, 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.

Тема: *Социально-психологические проблемы специальной психологии*

Рассматриваемые вопросы:

Становление ребенка с ОПФР как субъекта социальной среды. Усвоение им социальных ролей, норм и ценностей. Навыки взаимодействия. Представления о мире. Система отношения окружающих к такому ребенку. Психологическая реальность ребенка с нарушениями в развитии: устойчивые (семья), изменчивые (совокупность социальных структур) параметры, оказывающие влияние на его поведение и развитие. Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипициной). Качественные изменения семьи «особого» ребенка, происходящие на психологическом, соматическом, социальном уровнях. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С.Соммерсу). Детские образовательные учреждения как ведущий институт социализации (друзья, дети из общественных групп, помогающие взрослые).

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

Социально-психологическая адаптация ребенка, имеющего какие-либо отклонения в психофизическом развитии, нацелена на создание условий, обеспечивающих или способствующих овладению ребенком высшими формами деятельности, т.е. его становлению как субъекта человеческих отношений. Именно высшие формы поведения наиболее доступны по сравнению с низшими функциями, поскольку больше удалены от органического дефекта ребенка.

Согласно культурно-историческому подходу Л.С.Выготского, исходной точкой психического развития ребенка (как нормального, так и аномального) на каждом этапе онтогенеза является система его социальных отношений с миром. Во-первых, социальные отношения представляют собой первичную форму существования высших психических функций и высших форм поведения ребенка. В соответствии с этим, если затруднено формирование у ребенка форм социального взаимодействия и отношений, то нарушается и процесс развития его психики в ее высших, собственно человеческих, проявлениях. Во-вторых, социальные отношения представляют собой совокупность требований к развитию ребенка, подчинение которым становится движущей силой его развития. Интериоризация социальных требований отражает процесс перехода от внешних к внутренним источникам развития, процесс превращения ребенка в субъекта своего развития. Таким образом, интериоризация как превращение социальных форм деятельности в индивидуальные отражает переход от системы отношений к миру других людей к системе отношений к миру самого ребенка. Социальные отношения могут находить выражение в различных сферах психического: сенсорных эталонах, семантических кодах объектов и образе мира в целом, способах использования различных орудий, смыслах и мотивах деятельности, социальных ролях, нормах и правилах поведения и мн. др. Система человеческих отношений к миру, осваиваемая ребенком, в результате становится для него эталоном (образцом), опосредующим регуляцию его собственной деятельности. Здесь становится понятным переход к следующему аспекту интериоризации – освоению идеальных форм культуры и подчинению ребенком своей деятельности социальным образцам (эталонам).

Существуют 4 этапа *социально-психологической адаптации*:

1. *Уравновешивание* - минимальная степень включенности индивида в процесс адаптации к новой среде и связана с узнаванием новой ситуации. «Новичок» знакомится с новой для него обстановкой, присматривается к коллективу, устанавливает контакты, улавливая специфику его психологической атмосферы.
2. *Псевдоадаптация* - сочетание внешней приспособленности к обстановке с отрицательным отношением к ее нормам и требованиям, противоречие между ориентациями, взглядами, убеждениями, интересами, с одной стороны, и реальными действиями или поведением, с другой. Индивид знает, как он должен действовать в новой среде, как вести себя, но внутренне в своем сознании не признает этого и, где может, отвергает принятую в этой среде систему ценностей, придерживаясь своей прежней.
3. *Приноровление* - признание и принятии основных систем ценностей новой ситуации и связана со взаимными уступками.
4. *Уподобление* - трансформация прежних взглядов, установок, ориентаций в соответствии с новой ситуацией, существенное изменение в моделях поведения.

Следует учитывать, что дети с ограниченными возможностями здоровья отличаются от здоровых сверстников своими адаптационными возможностями.

Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипицыной).

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.

Качественные изменения семьи «особого» ребенка, происходящие на психологическом, соматическом, социальном уровнях.

Рождения желанного ребенка ожидает практически каждая семья, в рождение больного ребенка не хочет верить никто, даже если имеются предупреждения специалистов. Поэтому такая ситуация, как правило, принимает характер семейной трагедии. При этом на *психологическом уровне* осознание факта рождения ребенка с нарушением делится на фазы.

Первая — состояние растерянности, страха. Родители испытывают чувство неполноценности, беспомощности, тревоги за судьбу больного ребенка. В это время закладываются предпосылки для установления социально-эмоциональной связи между родителями и ребенком.

Во второй фазе состояние шока трансформируется в негативизм и отрицание поставленного диагноза. Крайняя форма — отказ от обследования ребенка и проведения какой-либо коррекции.

Третья — состояние депрессии по мере принятия диагноза и правильной оценки ситуации.

Четвертая — психическая адаптация на основе полного принятия диагноза и правильной оценки ситуации. Лишь небольшая часть семей достигает четвертой, относительно благополучной фазы, и стрессовая ситуация сопровождает семью ребенка с отклонениями в течение практически всей жизни. Особенно тревожными являются периоды возрастных кризов и моменты прохождения семьей критических точек своего социального развития: поступление ребенка в дошкольное учреждение или школу, переходный возраст, наступление совершеннолетия и др. Длительность периода обретения новых жизненных ценностей по мере осознания и принятия факта отклонений в состоянии ребенка зависит от личностных особенностей родителей, их способности принять или не принять ребенка, а также от характера расстройств и аномалии развития.

Изменения на *социальном уровне* проявляются прежде всего в том, что семьи, имеющие аномального ребенка, часто по этой причине распадаются (по данным В.В. Ткачевой — около 30%, по другим данным — еще чаще). Мать любит ребенка просто за то, что он существует; отца же больше заботит, каким вырастет ребенок. И если перспективы неутешительны, а жена поглощена горем и уходом за ребенком, будущее начинает видеться отцу беспросветным, и он покидает семью.

Другие изменения на социальном уровне связаны с необходимостью для одного из родителей оставить работу или перейти на другую, удобную для забот о ребенке, что отражается на бюджете семьи, нарушает социальные связи. При этом больной ребенок вынуждает семью ограничить контакты, изолироваться от друзей и знакомых. Деформируются межличностные отношения не только между родителями, но и между ними и имеющимися в семье здоровыми детьми, которые начинают получать меньше внимания и больше обязанностей, связанных с уходом за больным братом или сестрой. В зарубежных исследованиях установлено, что отношение к больному ребенку его здоровых братьев и сестер неоднозначно. Их приспособление зависит от многих факторов: пола, возраста, социально-экономического и образовательного уровня родителей и др.

На *соматическом уровне* изменения в семьях с больным ребенком обуславливаются тем, что стресс, связанный с его рождением и воспитанием, часто превышает уровень переносимых нагрузок и приводит к появлению различных соматических, астенических и вегетативных расстройств. Чаще и острее такие расстройства возникают у матерей аутичных детей, у матерей умственно отсталых детей преобладают аффективные расстройства; у матерей детей с детским церебральным параличом — депрессивная симптоматика. Таким образом, практически все члены семьи, имеющей аномального ребенка, испытывают в большей или меньшей степени психологические и социальные проблемы, нуждаются в специальной помощи.

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.

Модуль 2. Варианты дизонтогенеза

Тема: Психическое недоразвитие

Рассматриваемые вопросы:

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.

Характерной моделью психического недоразвития является олигофрения.

Понятие «умственная отсталость» является собирательным, поскольку в современной психиатрической и психолого-педагогической литературе к умственной отсталости относят два состояния нарушения интеллекта – олигофрению (психическое недоразвитие по классификации В.В. Лебединского) и деменцию (поврежденное развитие по классификации В.В. Лебединского).

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

Остановимся на некоторых моментах этого определения:

- стойкое – значит непреходящее состояние, ребенок не может избавиться от недоразвития;
- страдают все стороны психики, поэтому говорим о недоразвитии всей личности в целом, а не только познавательной деятельности;
- диффузное поражение – разлитое поражение, затрагивает разные зоны коры головного мозга (в противоположность – локальное);
- органическое поражение предполагает нарушение мозговой ткани, функциональную слабость клеток мозга.

В данном определении, как отмечает И. М. Бгажнокова, достаточно четко выделяются два взаимосвязанных диагностических критерия: психолого-педагогический (стойкое нарушение познавательной деятельности, всей личности в целом) и клинический (диффузное органическое поражение головного мозга). Только их совместное изучение определяет достоверные данные о развитии ребенка, игнорирование одного из критериев приведет к ошибочному пониманию интеллектуальной недостаточности.

Олигофрения рассматривается как стойкое недоразвитие сложных форм психической деятельности, возникшее вследствие поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза (до 1,5 - 2 лет). Определяющими признаками олигофрении являются:

- ✓ ранние сроки поражения центральной нервной системы, при этом процесс не прогрессирует, ребенок развивается уже на дефектной основе;
- ✓ недоразвитие познавательной деятельности, связанное с замедленностью темпа психических процессов, ущербностью формирования всех интеллектуальных умений и навыков, несформированностью эмоционально-волевой сферы и личности в целом.

Поражение мозговых систем, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся структур мозга, обуславливающее недоразвитие и нарушения психики, возникает уже на ранних этапах развития: во внутриутробном периоде, при рождении или в полтора – два года жизни, т.е. до периода становления речи. При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (неусугубляющийся) характер. Ребенок оказывается практически здоровым. Хотя его развитие осуществляется на дефектной основе, есть основания для оптимистического прогноза.

Степени олигофрении, их психологическая характеристика

Последнее время, на основании МКБ-10, принято выделять умственную отсталость глубокой, тяжелой, умеренной, легкой степени (соответственно глубокую, тяжелую, умеренную, легкую интеллектуальную недостаточность).

Глубокая интеллектуальная недостаточность представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении, при которой имеется грубое недоразвитие всех функций Мышление, по существу, отсутствует. Собственная речь ребенка 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 у ребенка отсутствуют навыки самообслуживания, поведение ограничивается импульсивными реакциями на внешний раздражитель либо подчинено реализации инстинктивных потребностей. При глубокой интеллектуальной недостаточности человек нуждается в постоянной помощи, самостоятельное проживание невозможно, профессию не получает.

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 у ребенка обнаруживаются зачатки самооценки, переживание обиды, насмешек. При умеренной интеллектуальной недостаточности возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета, в более легких случаях — овладение элементарными навыками физического труда.

Легкая интеллектуальная недостаточность — наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Мышление у ребенка 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.

При легкой интеллектуальной недостаточности человек не нуждается в постоянной помощи, самостоятельное проживание возможно, профессию получает.

Умственная отсталость имеет следующую *структуру дефекта* (по Л. С. Выготскому): - *первичный дефект* – слабо выраженная психическая активность (инактивность); *вторичный дефект* – недоразвитие психических функций в качестве высших. Вследствие своей пассивности в обычных условиях ребенок с интеллектуальной недостаточностью не может овладевать общественно-историческим опытом теми же средствами, что и нормальный; третичный дефект – десоциализация, дезадаптация.

Существует ряд классификаций умственной отсталости. В клинко-патогенетической классификации Г. Е. Сухаревой выделяются следующие формы олигофрении: неосложненные, осложненные и атипичные.

При неосложненной форме олигофрении, чаще связанной с генетической патологией, в клинко-психологической картине дефекта имеются 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, эпилептиформным, апатико-динамическим. 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 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 потерю, связанных с невозможностью полноценного общения со сверстниками.

Апатико-динамические расстройства вносят в психическое состояние медлительность, вялость, слабость побуждения к деятельности, они 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. 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.

Сходное деление на осложненные и неосложненные формы олигофрении имеется в классификации 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.

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.

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 импульсивны, расторможены, двигательно беспокойны, чрезвычайно отвлекаемы, непослушны, конфликтны. Они не обращают внимания на замечания взрослых.

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.

У олигофренов с нарушениями функций анализаторов или специфическими речевыми отклонениями диффузное поражение коры сочетается с более глубокими локальными повреждениями мозговой системы.

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.

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. Количество таких детей невелико, но оно имеет тенденцию к увеличению.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений 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.

Г. Е. Сухарева сформулировала два закона олигофрении: закон тотальности нервно-психического недоразвития (недоразвиты все нервно-психические и даже соматические функции, начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов (порок сердца, нарушение строения желудочно-кишечного тракта и т.д.), недоразвитие роста, костной, мышечной и других систем, несформированности сенсорики, моторики, эмоций и заканчивая недоразвитием высших психических функций, таких, как речь, мышление, всей личности в целом); закон иерархичности нервно-психического недоразвития (вербальное мышление, речь, логическая память страдают больше, чем пространственный праксис и гнозис, произвольное внимание, механическая память).

Характеризуя детей с психическим недоразвитием можно отметить следующее:

- **внимание** - все характеристики внимания (избирательность, устойчивость, концентрация, переключаемость, распределение) у детей с олигофренией снижены по сравнению с нормой.

Гиперактивным детям наиболее свойственна отвлекаемость, астеничным – быстрая истощаемость. Это приводит к быстрой потере интереса к объекту внимания;

- *сенсорно-перцептивная сфера* – 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, отождествление предметов по несущественным сходным признакам. Характерно недостаточное опосредование образа словом, что является причиной недоразвития образа восприятия и представления в качестве высших психических функций. Дети лишены способности предугадывать развитие событий. Нарушаются такие существенные свойства восприятия, как скорость, целостность, константность, структурность, осмысленность;
- *психомоторная сфера* – разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движений;
- *мнемическая сфера* – преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания – над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию, неспособность к целенаправленному запоминанию, замедленный темп запоминания;
- *мыслительная сфера* – замедленный характер развития, непоследовательность, стереотипность, некритичность мышления; анализ отличается бедностью, фрагментарностью, неадекватный синтез, затруднения в обобщении, сниженная способность к классификации, сравнению, неспособность действовать по аналогии, недоразвитие абстрактного мышления; вязкость мышления;
- *речевое развитие* – ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;
- *эмоционально-волевая сфера* – недостаточная дифференцированность эмоций, их неадекватность по силе и содержанию, зависимость от эмоций оценочных суждений и мышления; недоразвитие воли, недостаток инициативы, неумение руководить своими действиями, неумение преодолевать препятствия и др.;
- *личность* характеризуется эгоцентризмом, общей незрелостью, неадекватностью самооценки, «зеркальным» характером представлений о себе, некритичностью, повышенной внушаемостью и др.;
- *межличностные отношения* имеют свою специфику, они в большей степени зависят от социального окружения и могут сильно варьироваться. Вместе с тем, может наблюдаться низкая потребность в общении в сочетании с дезадаптивными формами взаимодействия (отчуждение, избегание конфликтов); мимолетные, неустойчивые контакты; повышенная возбудимость, приводящая к импульсивному поведению (крик, драки, ссоры, бурные обиды и т.п.) и неадекватным способам выхода из конфликтов. Аффективные реакции быстро закрепляются и могут повторяться уже без видимых причин. Общая незрелость приводит к примитивной зависимости от более волевых членов коллектива, подчиненности им. Дети не понимают социальные контексты и содержание межличностных отношений;
- *деятельность* – несформированность ориентировочного этапа деятельности, трудности удержания цели деятельности, нарушение блоков контроля и оценки, неумение использовать приобретенные навыки для решения задач, отсутствие дальнейшей мотивации и др. Страдает и мотивационно-целевая и операционально-техническая основа деятельности.

Затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Такие дети испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и часто приводит к нарушениям поведения.

Тема: Поврежденное развитие

Рассматриваемые вопросы:

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.

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция. *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. Ее этиология связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

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 мень-шей 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.

Структура дефекта при органической деменции, как указывалось, определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинико-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития. Поэтому здесь нет тотальности, нет иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т. д.), недостаточность которых иногда более выражена, чем неспособность к отвлечению и обобщению. Так, нарушения памяти, в особенности механической, более характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 2—3 лет. Эта специфика дефекта будет вызвана тем, что при контузии мозга в связи с ударом ликворной волны о стенки третьего желудочка повреждаются близко расположенные лимбические образования, играющие большую роль в организации процессов памяти. Но чаще обнаруживается сочетанная корково-подкорковая дефицитарность. Повреждение подкорковых областей приводит и к тому, что при органической деменции, как правило, сильнее, чем при олигофрении, страдают нейродинамические процессы, вследствие чего более выражена инертность мышления, тяжелее истощаемость, наблюдаются персевераторные явления. Наличие грубых нейродинамических расстройств резко дезорганизует психическую деятельность.

Большое значение в структуре дефекта при органической деменции имеют нарушения целенаправленности мышления, которые при прочих равных условиях также выражены более

грубо, чем при олигофрении. Весьма характерны нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее даже у детей старшего возраста.

Б. В. Зейгарник (1962) выделяет три преимущественных типа нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных: 1) снижение функции обобщения; 2) нарушение логического строя мышления; 3) нарушения критичности и целенаправленности.

Изменения личности большей частью диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. В одних случаях они выступают очень резко и особенно проявляются в малой привязанности к родным и близким, частом отсутствии чувства стыда, жалости и других симпатических эмоций. В ряде же случаев, наоборот, личностные изменения выражены менее грубо, чем нарушения интеллекта.

Более грубо, чем при неосложненной олигофрении, выражены у одних — адинамия, вялость и аспонтанность, слабость побуждений, у других — психомоторная расторможенность, эйфория либо дисфория с угрюмостью, злобностью, склонностью к агрессии, патология влечений (прожорливость, сексуальность и т. д.). Иногда влечения носят извращенный характер (стремление к самоповреждению, садистические тенденции и т. д.).

Если при олигофрении энцефалопатические расстройства характерны лишь для осложненных форм (при которых, как указывалось, к явлениям недоразвития присоединяются явления повреждения), то для органической деменции, обусловленной именно повреждением мозга, энцефалопатические расстройства будут практически обязательными. Расторможенность влечений в ряде случаев приводит к более тяжелому поведению этих детей по сравнению с их интеллектуальным дефектом. Поэтому даже при негрубой степени органической деменции обучение этих детей при прочих равных условиях представляет большие сложности, чем обучение детей, страдающих дебильностью.

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 нарушения 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 некритичность. 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, нецеленаправленности в любой деятельности, персеверации по гипердинамическому типу.

Тема: Задержанное развитие

Рассматриваемые вопросы:

Понятие «задержка психического развития». История изучения детей с задержкой психического развития, представленность в популяции. Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и за рубежом. 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.

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).

К.С. Лебединская выделяет четыре варианта ЗПР:

- *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. 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.
- *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). 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. 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.

- *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. 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.).
- *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-волевою 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.

Нарушения интеллекта при ЗПР 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*:

- ✓ *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;
- ✓ *сенсорно-перцептивная сфера* - 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;
- ✓ *психомоторная сфера* - разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движений;
- ✓ *мыслительная сфера* - преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;
- ✓ *мнемическая сфера* - преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания - над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию;
- ✓ *речевое развитие* - ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;
- ✓ *эмоционально-волевая сфера* - незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;

- ✓ *мотивационная сфера* – преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;
- ✓ *характерологическая сфера* – усиление вероятности акцентуирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.
- ✓ 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.
- ✓ *Межличностные отношения* имеют свою специфику: - низкая потребность в общении сочетается с дезадаптивными формами взаимодействия (отчуждение, избегание конфликтов); - контакты мимолетны, неустойчивы; - 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; - общая незрелость приводит к примитивной зависимости от более волевых членов коллектива, подчиненности им.
- ✓ *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.

Тема: Дефицитарное развитие

Рассматриваемые вопросы:

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 – 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.

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 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.

Лица 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%.

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 большинстве случаев ДЦП является результатом внутриутробного поражения плода различными вредными факторами:

- токсикоз первой половины беременности, когда разворачиваются основные этапы органогенеза. В результате токсикоза изменяется проницаемость сосудов мозга плода, возникает внутриутробная гипоксия;
- нарушение эмбрионального развития вследствие патологических состояний матери и плода, вызванных различными инфекциями, интоксикациями, травмами, соматическими заболеваниями;
- недоношенность, т.к. недоношенные дети особенно предрасположены к внутричерепным кровоизлияниям, их сосудистая система недоразвита и легко ранима;
- 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 следствие, 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.

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):

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.

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.

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.

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 размашистостью движений.

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.

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. Основным механизмом 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, образов действия с предметом, словесного обозначения предметов и абстрактных действий с ними.

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 слабо развитое реальное Я.

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.

Тема: *Искаженное развитие. Дисгармоничное развитие.*

Рассматриваемые вопросы:

Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Характерные признаки проявления РДА. История изучения детей с ранним детским 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 РДА. 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 дисгармоничным 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.

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

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.

- *Раннее 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.

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 поверху);
- ✓ 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 любимым 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 удается 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.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии:

- *внимание* - трудности сосредоточения внимания, внимание приковывается к отдельным аспектам воспринимаемого поля.

- *сенсорно-перцептивная сфера* – проблемы развития сенсорной сферы у детей с аутизмом разделяются на две группы – гиперчувствительность и гипочувствительность. В случае гиперчувствительности ребенок будет стремиться избегать определенных стимулов, а в случае гипочувствительности, наоборот, будет стремиться их получить в разных формах. Характерна болезненная гиперстезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Страдает целостность восприятия, а непосредственный чувственный опыт начинает определять и направлять сознание и поведение ребенка.

- *психомоторная сфера* – плохая моторика, несформированность произвольных движений, большие трудности в овладении навыками самообслуживания. Переход от непроизвольных движений к произвольным часто оказывается непреодолимым. Отмечаются отсутствие плавности, толчкообразность, машинообразность, нескоординированность движений, обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Аутистическая сенсорная и аффективная недостаточность – одна из функций, которую выполняют *стереотипии*, устойчивые формы однообразных действий. Стереотипии ребенка с аутизмом отличаются длительностью, упорством, большой эмоциональной заряженностью. Стереотипии проявляются в сенсорной сфере, в двигательной сфере, в речи, в сфере интеллектуальных интересов.

- *мыслительная сфера* – нарушение целенаправленности и пресыщаемость интеллектуальной деятельности, вычурность мышления, что обусловлено оторванностью знаково-символической деятельности от чувственного познания, склонность к символической деятельности.

- *речевое развитие* – 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 невербальной коммуникации (использование жестов и мимики).

- *эмоционально-волевая сфера* – 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. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

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

- *особенности социализации и социальной адаптации*: качественное нарушение социального взаимодействия: отчужденность, пассивность, странная активность. 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.

Дисгармоническое развитие. 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.

Психопатии подразделяют на конституциональные (ядерные), органические и 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.

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

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

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

- *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 совышенной 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.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии: - *Познавательная деятельность* может быть без особенностей, в пределах возрастной нормы, иногда чуть выше или чуть ниже; - *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.

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).

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.

2. Практический раздел ЭУМК

2.1. Тематический план практических занятий

№ № п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
I.	Модуль 1. Общие вопросы курса «Основы специальной психологии»		
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: внутри психологический уровень и внешне психологический уровень	2

		взаимосвязи. Роль и значение Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии. Современное состояние специальной психологии. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.	
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.	
1.3.	Классификации детей с особенностями психофизического развития	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.	2
1.4.	Причины отклонений в психическом развитии	Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития (генетические, пренатальные, натальные, постнатальные вредности); психосоциальные факторы отклоняющегося развития (депривационные феномены как причина и следствие нарушенного развития, сущность депривационных феноменов). 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.	2
1.5.	Концептуальные основы специальной психологии	Концептуальные источники специальной психологии. Психологическая теория деятельности. Проблема обучения детей с ОПФР с позиций теории деятельности. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. Значимость теории П.Я. Гальперина для специальной психологии. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского о происхождении человеческой психики: понятие «социального наследования» как специфически человеческого пути развития психики; понятие «высшие психические функции»; понятие «интериоризация». Роль биологических и социальных факторов в психическом развитии ребенка. Сензитивные периоды в развитии. Идеи Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка. Соотношение обучения и развития. Уровень актуального развития. Зона ближайшего развития. Обучаемость. Значение основных концепций Л.С.Выготского для специальной психологии. Теория А.Р. Лурии о мозговой организации высших психических функций. Значение теории А.Р. Лурии для специальной психологии. Теория социализации и социального влияния. Сущность, условия и критерии социализации. Сущность социального онтогенеза ребенка. Институты социализации детей. Значение теории социализации для специальной психологии.	2
1.6.	Принципы и методы специальной психологии	Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией: принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, генетический принцип. Понятие системогенеза. Специфичные принципы специальной психологии: принцип комплексности, принцип системного структурно-динамического изучения,	

		<p>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. Методы сбора информации. Метод беседы. Наблюдение как метод в специальной психологии, его своеобразии в процессе изучения лиц с ОПФР. Особенности самонаблюдения. Виды и формы экспериментальных техник, применяемых в специальной психологии. Особенности использования метода эксперимента. Стандартизированные психодиагностические процедуры и их использование. Метод анкет и опросов. Метод анализа продуктов деятельности. Анамнестический метод в процессе изучения различных форм нарушенного развития.</p>	
1.7.	<p>Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития</p>	<p>Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития: взаимодействие биологического и социального факторов развития; единство психики и деятельности; поэтапность развития; системность развития. 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 нормальных 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.</p>	2
1.8.	<p>Параметры дизонтогенеза</p>	<p>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.</p>	2

1.9.	Особенности развития психики в условиях разных видов депривации	Сущность депривационных феноменов. Культуральная и социальная депривации. Сенсорная депривация. Коммуникативная депривация. Материнская депривация. Депривация и нарушенное развитие. Принципы профилактики депривационных явлений.	2
1.10.	Компенсация и коррекция отклонений в развитии	Социально-психологическая реабилитация и абилитация. Понятие о компенсаторных феноменах. Внутрисистемная компенсация. Межсистемная компенсация. Уровни реализации компенсаторных процессов. Защитные механизмы и копинг-стратегии. Теория о сверхкомпенсации А.Адлера. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы. Понятие «коррекция». Понятия «реабилитация», «абилитация».	2
1.11.	Социально-психологические проблемы специальной психологии	Становление ребенка с ОПФР как субъекта социальной среды. Усвоение им социальных ролей, норм и ценностей. Навыки взаимодействия. Представления о мире. Система отношения окружающих к такому ребенку. Психологическая реальность ребенка с нарушениями в развитии: устойчивые (семья), изменчивые (совокупность социальных структур) параметры, оказывающие влияние на его поведение и развитие. Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипициной). Качественные изменения семьи «особого» ребенка, происходящие на психологическом, соматическом, социальном уровнях. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С.Соммерсу). Детские образовательные учреждения как ведущий институт социализации (друзья, дети из общественных групп, помогающие взрослые). Позитивные и негативные психологические аспекты совместного образования нормально развивающихся детей и детей с особенностями в развитии.	2
Модуль 2. Варианты дизонтогенеза			
2.1	Психическое недоразвитие	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.	2
2.2	Поврежденное развитие	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.	2
2.3	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	2

		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.	
2.4.	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 – 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.	2
2.5.	Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие.	Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Характерные признаки проявления РДА. История изучения детей с ранним детским 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 РДА. 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.	2

2.2. Методические рекомендации к проведению практических занятий

Модуль 1. Общие вопросы курса «Основы специальной психологии».

Практическое занятие № 1.

История становления специальной психологии

Цель: актуализировать и расширять знания о истории становления специальной психологии; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по подготовке аналитических докладов и презентаций по заданной теме.

Вопросы для обсуждения:

1. Историческая последовательность формирования знаний об отклонениях в развитии.
2. Основные отрасли современной специальной психологии.
3. Систематизация задач специальной психологии (по В.И. Лубовскому).
4. Роль и значение трудов Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии.
5. Современное состояние специальной психологии. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте интеллект – карту «Основные отрасли современной специальной психологии».
2. Подготовьте доклад с презентацией на тему «Вклад _____ в развитие специальной психологии». Перечень ученых для подготовки доклада: Кащенко В.П., Трошин Г.Я., Бехтерев В.М., Блонский П.П., Россолимо Г.И., Выготский Л.С., Боскис Р.М., Лурия А.Р., Зейгарник Б. В., Власова Т.А., Сухарева Г.Е., Занков Л.В., Лебединская К.С., Лебединский В.В., Лубовский В.И., Рубинштейн С.Я., Певзнер М.С., Шиф З.И., Соловьев И.М., Слепович Е.С., Процко Т.А., Григорьева Т.А.
3. Составьте текстуальный конспект статей: *Завоеванная, Н.С. Отечественная специальная психология: от Л.С.Выготского до В.И.Лубовского / Н.С.Завоеванная // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2020. – №. 2.; Слепович, Е.С. Белорусская специальная психология: преемственность и новации/ Е.С.Слепович, А.М.Поляков // Журнал практического психолога. – 2006. - №6. – С.61-75.*

Рекомендуемая литература

1. Валитова И. Е. Специальная психология : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по психологическим и педагогическим спец. — Минск : Изд-во Гревцова, 2014. — 352 с.
2. Государев Н. А. Специальная психология : учебное пособие. — Москва : Ось-89, 2008. — 285 с.
3. Основы специальной психологии : учеб. пособие для [студентов сред. пед. учеб. заведений] / под. ред. Л. В. Кузнецовой. — 7-е изд., стер. — Москва : Академия, 2010. — 480 с.
4. Сорокин В. М. Специальная психология : учеб. пособие / под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 214 с
5. Специальная психология : учебное пособие / под. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2013. — 253 с.
6. 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.

Практическое занятие № 2.

Классификации детей с особенностями психофизического развития

Цель: актуализировать и расширять знания о видах классификаций нарушений развития; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по сравнению типов нарушений по существенным признакам; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Классификация детей с особенностями психофизического развития в зависимости от вида оказания им помощи в Республике Беларусь.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10), одиннадцатого пересмотра (МКБ-11).
3. Современные классификации детей с особенностями психофизического развития В.В. Лебединского, Т.В. Семенович, М.М. Семаго.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте ментальную карту «Классификация детей с особенностями психофизического развития в зависимости от вида оказания им помощи в Республике Беларусь», используя ресурс <https://www.lucidchart.com>
2. Составьте сравнительную таблицу обозначения основных типов особенностей психофизического развития по МКБ-10 и МКБ-11.
3. Составьте аннотация статьи: *Полунина, И.А. Типы негармоничного (неправильного) воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью / И.А.Полунина // Педагогический поиск. – 2020. – №. 10. – С. 37-41.*

Рекомендуемая литература:

1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / под ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голланда. – М.: Прометей, 2013 – 584 с.
2. Корень Е. В., Куприянова Т. А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 //Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №. 2.
3. Кухтова Н. В. Специальная психология : курс лекций / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
4. 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.

Практическое занятие № 3.

Причины отклонений в психическом развитии

Цель: актуализировать и расширять знания о причинах отклонений в психическом развитии; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению видов патогенных факторов и возможных последствий их воздействия; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития; психосоциальные факторы отклоняющегося развития.
2. Опосредующие факторы: преимущественная локализация вредоносного воздействия, его интенсивность, экспозиция, частота, собственные свойства индивида, качество оказываемой помощи.
3. Факторы резистентности и уязвимости.

4. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте глоссарий по теме практического занятия (не менее 20 терминов).
2. Определите: - Виды патогенных факторов и возможные последствия их воздействия:
 - а) Ребенок родился от первой беременности, которая былаотягощена токсикозом в первом триместре, мать переболела краснухой во второй половине беременности. Роды - раньше установленного срока на 3 недели, протекали естественно, без осложнений.
 - б) Девочка родилась от первых родов, второй беременности, в срок, родилась без патологий. Состояние ребенка по шкале Ангар было оценено в 9 баллов. Физическое развитие ребенка шло с опережением, девочка рано заговорила, проявляла активность во всех направлениях, свойственных детям. Она уже в 1,5 года начала посещать школу раннего развития, бассейн. После несчастного случая в бассейне (ребенок начал тонуть, было зафиксировано кратковременное кислородное голодание мозга) в развитии ребенка произошли существенные изменения. Сначала изменения затронули поведение ребенка и его речь. Девочка заикалась, а позже ухудшения речи стали отмечаться во всех сферах речевого развития (появилась речевая пассивность, грамматические и лексические ошибки - неуместное употребление слов, нарушения звукопроизношения, создавалась впечатление, что ребенок не понимает суть того, что ему сообщают). Явные изменения отметились и в интересах ребенка. То, что ранее ребенка интересовало, теперь оставляло девочку безучастной. В поведении ребенка также наблюдались нарушения. Постепенно девочка стала утрачивать навыки самообслуживания.
 Определите причины (эндогенные или экзогенные), вызвавшие трансформации в развитии ребенка и определите возможный прогноз дальнейшего развития ребенка.
3. Определите случаи, где возможен наиболее благоприятный прогноз развития, аргументируйте свой ответ:

№ п/п	А	Б
1	Мать во время беременности переболела краснухой, вызвавшей осложнения у плода	Ребенок переболел краснухой в возрасте 7 лет, вызвавшей у него осложнения
2	Ребенок получил ЧМТ во время родов	Ребенок получил незначительную по силе ЧМТ в возрасте 5 лет
3	Ребенок родился с «заячьей губой»	Ребенок родился с «волчьей пастью»
4	Ребенок переболел гриппом с осложнениями в возрасте 1 год 2 месяца	Ребенок переболел гриппом, который вызвал те же осложнения, но в возрасте 6 лет
5	Ребенок переболел менингитом в возрасте 3 лет, который вызвал некоторые функциональные изменения в работе мозга	Ребенок переболел менингитом в возрасте 7 лет, который вызвал органическое поражения мозговых структур

4. Проанализируйте специальные защитные механизмы личности, формируемые в ответ на нарушение. Подберите примеры случаев, демонстрирующих разное реагирование личности на нарушение в развитии.
5. Составьте резюме статьи: Антипанова, Н. А. Современные аспекты причин и рисков нарушений развития детского населения РФ / Н.А.Антипанова // Вестник Академии энциклопедических наук. – 2017. – №. 2. – С. 29-38.

Рекомендуемая литература:

1. Специальная психология : учебное пособие / под. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург: Речь, 2013. — 253 с.
2. 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.
3. Усанова, О.Н. Специальная психология/ О.Н.Усанова. — СПб.: Питер, 2006. — 400 с.
4. Шаповал, И.А. Специальная психология: Учебное пособие/ И.А.Шаповал. — М.:ТЦ Сфера,2005. — 222 с.
5. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С.Братусь. — М.: Мысль, 1988. — 304 с.
6. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте/ Й. Лангмейер, З. Матейчик. - Прага, ЧССР: АВИЦЕНУМ, 1984. — 335 с.

Практическое занятие № 4.

Концептуальные основы специальной психологии

Цель: актуализировать и расширять знания о концептуальных основах специальной психологии; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий.
2. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского о происхождении человеческой психики: понятие «социального наследования» как специфически человеческого пути развития психики; понятие «высшие психические функции»; понятие «интериоризация».
3. Теория А.Р. Лурии о мозговой организации высших психических функций.
4. Теория социализации и социального влияния. Сущность социального онтогенеза ребенка.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте схему, отражающую этапы формирования умственных действий, включающую типы ориентировочной основы действий (по П.Я.Гальперину).
2. Составьте конспект статьи: *Буслаева, Е.Н., Щербакова, О.О. Развитие идей культурно-исторической теории Л.С.Выготского как основа для исследования психической патологии / Е.Н.Буслаева, О.О.Щербакова // Проблемы педагогики. — 2018. — №. 7 (39).*
3. Составьте плановый конспект статьи: *Ардила, А., Ахутина, Т.В., Микадзе, Ю.В. Вклад А.Р. Лурии в изучение мозговой организации языка // А.Ардила, Т.В.Ахутина, Ю.В.Микадзе // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2020. — Т. 12. — №. 1.*
4. Составьте структурно-логическую схему, отражающую основные положения и понятия теории социализации и социального влияния.

Рекомендуемая литература:

1. 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.
2. Основы специальной психологии : учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования, обучающихся по спец.: 0318 - Спец. дошкольное образование, 0320 - Коррекционная педагогика / под ред. Л. В. Кузнецовой. — 2-е изд., стер. — Москва : Академия, 2005. — 480 с.
3. Специальная психология : учебно-метод. пособие / [сост.: Е.С. Слепович [и др.]] ; М-во образования РБ, УО "Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка". — Минск : БГПУ, 2005. — 75 с.

4. Выготский, Л.С. Собрание соч.: В 6т. – Т.5: Основы дефектологии/ под ред. Т.А.Власовой. – М.: Педагогика,1982. – 369 с.
5. 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.

Практическое занятие № 5.

Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития

Цель: актуализировать и расширять знания о видах закономерностях развития детей с особенностями психофизического развития; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения определению закономерностей различного типа при различных вариантах дизонтогенеза; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития.
2. Закономерности, характеризующие развитие психики детей внутри одного вида нарушений в психическом развитии.
3. Модально-неспецифические и модально-специфические закономерности психического развития при дизонтогенезе.

Задания для самостоятельной работы:

1. Используя рекомендации и ресурсы сайта www.eduneo.ru/uchebnyj-krossvord-kak-igde-sostavit составьте учебный кроссворд по теме практического занятия.
2. Составьте подробный конспект статьи: *Лубовский, В. И. Современное понимание проблемы общих и специфических закономерностей нарушенного психического развития / В.И.Лубовский // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2014. – №. 1. – С. 6-9.*
3. Составьте опорную схему «Механизмы возникновения вторичных отклонений».
4. Подготовьтесь к терминологическому диктанту по теме практического занятия.

Рекомендуемая литература:

1. Шаповал, И.А. Специальная психология: Учебное пособие/ И.А.Шаповал. – М.:ТЦ Сфера,2005. – 222 с.
2. Валитова И. Е. Специальная психология : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по психологическим и педагогическим спец. — Минск : Изд-во Гревцова, 2014. — 352 с.
3. Государев Н. А. Специальная психология : учебное пособие. — Москва : Ось-89, 2008. — 285 с.
4. Основы специальной психологии : учеб. пособие для [студентов сред. пед. учеб. заведений] / под. ред. Л. В. Кузнецовой. — 7-е изд., стер. — Москва : Академия, 2010. — 480 с.
5. Сорокин В. М. Специальная психология : учеб. пособие / под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 214 с

Практическое занятие № 6.

Параметры дизонтогенеза

Цель: актуализировать и расширять знания о видах психического дизонтогенеза и основных параметрах дизонтогенеза; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению структуры дефекта при различных видах дизонтогенеза; формировать умения по определению типа реагирования личности на первичный дефект.

Вопросы для обсуждения:

1. Основные параметры дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому).
2. Представление о первичном (ядерном), вторичном (системном), третичном (неспецифическом) дефекте в психическом развитии.
3. Понятие «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
4. Личностные реакции на первичный дефект: игнорирование, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, астенический тип реагирования.

Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните таблицы «Структура дефекта» недостающими сведениями

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

<i>Первичный дефект</i>	<i>Инактивность (бездеятельность)</i>
<i>Вторичный дефект</i>	
	<i>Специфика развития личности, дезадаптация</i>

Структура дефекта при нарушении слуха

	<i>Отсутствие или значительная недостаточность образов слухового восприятия</i>
<i>Вторичный дефект</i>	
<i>Третичный дефект</i>	

Структура дефекта при нарушениях зрения

<i>Первичный дефект</i>	
<i>Вторичный дефект</i>	<i>Недоразвитие психомоторики, нарушение пространственной ориентации</i>

Структура дефекта при ДЦП

<i>Первичный дефект</i>	
	<i>Нарушения восприятия (прежде всего зрительного и тактильного), нарушения речи, нарушения пространственного гнозиса и праксиса</i>

Структура дефекта при нарушениях речи (по М.В. Жигоревой, И.Ю. Левченко)

<i>Первичный дефект</i>	
	<i>Задержка психического развития, нарушения в овладении звуковым составом слова, нарушение письменной речи</i>
<i>Третичный дефект</i>	

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

<i>Первичный дефект</i>	
<i>Вторичный дефект</i>	<i>Аутистические установки</i>
<i>Третичный дефект</i>	

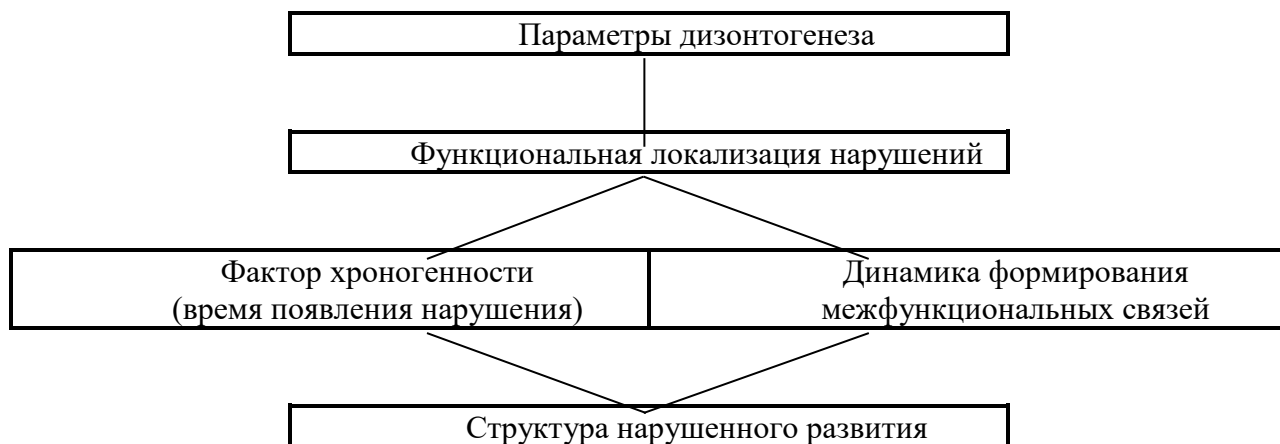
Структура дефекта при психопатии (по В.В. Лебединскому)

	<i>Нарушение констант темперамента</i>
<i>Вторичный дефект</i>	
<i>Третичный дефект</i>	

- Составьте плановый конспект статьи: Долгополова, В.А. *Психологические исследования дефицитарного дизонтогенеза в отечественной литературе* / В.А.Долгополова // *Гуманитарные науки*. – 2021. – №. 3 (55). – С. 133-139.
- Установите верное соответствие типа реагирования личности на первичный дефект с его краткой характеристикой.

<i>Игнорирование</i>	относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.
<i>Компенсация</i>	такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.
<i>Астетический тип реагирования</i>	усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам
<i>Вытеснение</i>	часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности
<i>Гиперкомпенсация</i>	приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности

- Проиллюстрируйте примерами основные параметры дизонтогенеза:



Рекомендуемая литература:

- Кухтова Н. В. *Специальная психология: курс лекций* / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
- 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.
- 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.
- Основы специальной психологии : учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования, обучающихся по спец.: 0318 - Спец. дошкольное образование, 0320 -*

Практическое занятие № 7.

Особенности развития психики в условиях разных видов депривации

Цель: актуализировать и расширять знания об особенностях развития психики в условиях депривации различного типа; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению типа депривации по существенным признакам и составлению прогноза развития; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Сущность депривационных феноменов.
2. Виды депривации.
3. Депривация и нарушенное развитие.
4. Принципы профилактики депривационных явлений.

Задания для самостоятельной работы:

1. Определите сходства и различия понятий: «депривация», «изоляция», «сепарация». Результаты анализа оформите в виде таблицы.
2. Составьте перечень основных проявлений синдрома госпитализма.
3. Разработайте интеллект-карту «Виды депривации».
4. Составьте аннотацию статьи: *Буторин, Г.Г., Бенько, Л.А. Депривация как причина нарушений психического развития в детском возрасте / Г.Г.Буторин, Л.А.Бенько // Сибирский психологический журнал. – 2017. – №. 63.*

Рекомендуемая литература:

1. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте/ Й. Лангмейер, З. Матейчик. - Прага, ЧССР: АВИЦЕНУМ, 1984. – 335 с.
2. Кухтова Н. В. Специальная психология : курс лекций / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
3. Ермолович З. Г. Тифлопсихология: чувственное отражение мира в условиях визуальной депривации: учебно-методическое пособие //URL: <http://elib. bspu. by/handle/doc/20395>. – 2004.
4. Харченко Д. А. К вопросу о сенсорной депривации у детей с расстройством аутистического спектра / Д.А.Харченко //Теория и практика современной науки. – 2021. – №. 1. – С. 464-471.
5. Андронникова О. О. Онтогенетическая виктимизация личности в ситуации социально-психологической депривации ребенка //Перспективы науки и образования. – 2019. – №. 2 (38).

Практическое занятие № 8.

Компенсация и коррекция отклонений в развитии

Цель: актуализировать и расширять знания о компенсации и коррекции отклонений в развитии; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению основных направлений коррекционной работы при различных вариантах дизонтогенеза; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Социально-психологическая реабилитация и абилитация
2. Понятие о компенсаторных феноменах. Виды компенсации.
3. Уровни реализации компенсаторных процессов. Защитные механизмы и копинг-стратегии.
4. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации.
5. Адаптационные и компенсаторные процессы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте блок-схему, отражающую основные понятия темы практического занятия. Используйте возможности интернет-ресурса: <https://programforyou.ru/block-diagram-redactor>
2. Составьте резюме статьи: Дудьев, В.П. *Предупреждение и коррекция отклонений в психомоторном и речевом развитии детей первого года жизни с ППЦНС* // В.П.Дудьев // *Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья: опыт, проблемы, перспективы.* – 2018. – С. 43-47.
3. Составьте список статей по теме практического занятия (2012 – 2022 года издания, не менее 10.).
4. Подготовьтесь к тестированию по теме практического занятия.

Рекомендуемая литература:

1. Борякова Н. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. – Litres, 2020. – 345 с.
2. Баркова В. Л. Психологическое содержание процессов адаптации, реабилитации и коррекции детей с нарушениями развития // *Духовная ситуация времени. Россия XXI век.* – 2014. – №. 1. – С. 46-50.
3. Валитова И. Е. *Специальная психология : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по психологическим и педагогическим спец.* — Минск : Изд-во Гревцова, 2014. — 352 с.
4. Государев Н. А. *Специальная психология : учебное пособие.* — Москва : Ось-89, 2008. — 285 с.
5. *Основы специальной психологии : учеб. пособие для [студентов сред. пед. учеб. заведений] / под. ред. Л. В. Кузнецовой.* — 7-е изд., стер. — Москва : Академия, 2010. — 480 с.
6. Сорокин В. М. *Специальная психология : учеб. пособие / под науч. ред. Л. М. Шипицыной.* — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 214 с

Практическое занятие № 9.

Социально-психологические проблемы специальной психологии

Цель: актуализировать и расширить знания о социально-психологических проблемах современной специальной психологии; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению содержания просветительской работы с родителями, воспитывающими детей с ОПФР различных нозологических групп; формировать умения по аналитической работе с научной литературой.

Вопросы для обсуждения:

1. Становление ребенка с ОПФР как субъекта социальной среды.
2. Психологическая реальность ребенка с нарушениями в развитии: устойчивые, изменчивые параметры, оказывающие влияние на его поведение и развитие.
3. Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипицыной).
4. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С.Соммерсу).

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

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте таблицу «Отношение родителей к ребенку с отклонением в развитии по В.С.Соммерсу»

Отношение	Реакция на дефект	Схема поведения

2. Составьте текстуальный конспект статьи: *Карпушева Н. М. Специфика социально-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с особенностями психофизического развития //Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. – 2018. – №. 14. – С. 125-139.*
3. Подготовьтесь к групповой дискуссии «Позитивные и негативные психологические аспекты инклюзивного образования».
4. Разработайте примерный перечень тем направленных на социализацию практических занятий для родителей, воспитывающих детей с ОПФР (тип нарушения – по выбору студента),

Рекомендуемая литература:

1. Лукша И. Л. Подготовка учителей-дефектологов к взаимодействию с родителями на основе дифференцированного подхода //Пралеска. – 2015. – №. 2. – С. 7.
2. Шипицына Л. М. " Необучаемый" ребенок в семье и обществе. – 2005.– 460 с.
3. Специальная психология : учебное пособие / под. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2013. — 253 с.
4. Основы инклюзивного образования : учеб.-метод. комплекс по учеб. дисциплине для спец. (направления специальности): 1-01 02 01 Начальное образование; 1-01 01 01 Дошкольное образование / сост. С. В. Лауткина ; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Педагогический фак., Каф. коррекционной работы. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2017. — 311 с.
5. Бумаженко, Н. И. Организация адаптивной образовательной среды для детей с интеллектуальной недостаточностью в условиях инклюзивного образования : монография / Н. И. Бумаженко, М. В. Швед ; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Каф. коррекционной работы. – Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2019. – 77, [1] с.
6. Шаповал, И.А. Специальная психология: Учебное пособие/ И.А.Шаповал. – М.:ТЦ Сфера,2005. – 222 с.

Модуль 2. Варианты дизонтогенеза.

Практическое занятие № 1.

Психическое недоразвитие

Цель: актуализировать и расширять знания о психическом недоразвитии как отдельном виде нарушений психофизического развития; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению типа дизонтогенеза по существенным признакам.

Вопросы для обсуждения:

1. Олигофрения – форма тотального психического недоразвития.
2. Этиология. Структура дефекта.

3. Степени олигофрении, их психологическая характеристика.
4. Клинико-патогенетическая классификация Г.Е.Сухаревой. Классификация М.С.Певзнер.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте логическую опорную схему «Классификации интеллектуальной недостаточности».
2. Выделите вторичные и последующие нарушения на основе представленных данных психологического обследования:
Костя Б, 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 месяца, сидеть научился в 9 месяцев, ходить - в один год и 5 месяцев. Отдельные слова появились к 2-ум годам, фразовая речь - к 4-ём годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10. При патопсихологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками. Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные - невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса. Рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.
3. Определите степень интеллектуальной недостаточности по данным анамнеза описаниям, представленным близкими ребенка.
Установить, возможно ли обучение ребенка. Мальчик, Сережа Н, 6 лет. Передан в приют временного содержания сотрудниками органов внутренних дел. Требуется тщательная диагностика и определение дальнейшей судьбы ребенка. Мальчика нашли вместе с младшим братом, проживающими в собачьей будке. Уход за детьми осуществляло животное. Вероятно, дети провели в таких условиях значительное время. Наблюдения за Сережей показывают, что в его поведении повадки собаки. Он все обнюхивает, по возможности использует ползание на четвереньках как способ перемещения, когда злится, пытается укунить «обидчика». Есть и пить ребенок предпочитает по-собачьи. Навыки самообслуживания не сформированы. Речь понимает, но не в полном объеме. Сам словами пользуется мало, словарный запас скуден. Фразовая речь вообще не сформирована. В контакт с другими детьми вступает неохотно, инициативы сам не проявляет.
4. Составьте аннотацию статьи: *Защиринская, О.В. Теоретические проблемы дизонтогенеза в изучении умственной отсталости / О.В.Зарицинская // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2012. – №. 4.*

Рекомендуемая литература:

1. Специальная психология : учебник для студентов учреждений высшего образования по педагогическим и психологическим специальностям / под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 527 с.
2. Кухтова Н. В. Специальная психология : курс лекций / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
3. Систематика терминологического аппарата педагогики в условиях парадигмальных изменений как фактор обновления содержания педагогического образования :

монография / А. И. Жук [и др.]; под науч. ред. А. В. Торховой, О. Б. Даутовой. – Минск : БГПУ, 2019. – 308 с.

4. Коноплева А. Н. Коррекция познавательной деятельности у детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью : пособие для педагогов. — Минск : Народная асвета, 2021. — 189, [2] с.

Практическое занятие № 2.

Поврежденное развитие

Цель: актуализировать и расширять знания о поврежденном развитии как отдельном виде нарушений психофизического развития; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по дифференциации деменции и олигофрении.

Вопросы для обсуждения:

1. Органическая деменция. Этиология. Виды органической деменции.
2. Систематика органической деменции исходя из критерия динамики болезненного процесса: резидуальная и прогрессирующая.
3. Классификации деменций.
4. Различия в динамике деменции и олигофрении.

Задания для самостоятельной работы:

1. Составьте глоссарий по теме практического занятия (не менее 15 терминов), подготовьтесь к устному коллоквиуму по терминологии.
2. Составьте таблицу отграничения проявлений деменции от олигофрении.
3. Заполните таблицу «Клиническая картина органической деменции»

Когнитивная сфера	Эмоциональная сфера	Поведенческая сфера

4. Составьте подробный конспект статьи: *Шац, И.К. Возможности коррекционной работы с детьми, страдающими органической деменцией / И.К.Шац // Специальное образование. – 2014. – Т. 2. – №. X.*

Рекомендуемая литература:

1. Основы специальной психологии : учеб. пособие для [студентов сред. пед. учеб. заведений] / под. ред. Л. В. Кузнецовой. — 7-е изд., стер. — Москва : Академия, 2010. — 480 с.
2. Сорокин В. М. Специальная психология : учеб. пособие / под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 214 с
3. Специальная психология : учебное пособие / под. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2013. — 253 с.
4. 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.
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. – 222 с.

Практическое занятие № 3.

Задержанное развитие

Цель: актуализировать и расширять знания о задержанном развитии как отдельном виде нарушений психофизического развития; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению типа задержки психического развития.

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие «задержка психического развития». Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и зарубежом.
2. Этиология ЗПР. Структура дефекта ЗПР (по Е.С.Слепович).
3. Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С.Лебединской.
4. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции: психологическая характеристика, перспективы преодоления.

Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните таблицу «Характеристика задержанного развития»

Структура нарушения	Характеристика с позиции дефекта	Характеристика с позиции возможности	Основные направления коррекционно-развивающей деятельности

2. Составьте резюме статьи: *Лонская, Д.В. Особенности развития базовых психических функций у дошкольников с нормальным и задержанным развитием / Д.В.Лонская // Педагогика и психология образования. – 2015. – №. 1.*
3. Составьте ментальную карту «Виды ЗПР».
4. Разработайте практические рекомендаций для родителей, воспитывающих детей с СДВГ.

Рекомендуемая литература:

1. Специальная психология : учебник для студентов учреждений высшего образования по педагогическим и психологическим специальностям / под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 527 с.
2. Кухтова Н. В. Специальная психология : курс лекций / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
3. Валитова И. Е. Специальная психология : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по психологическим и педагогическим спец. — Минск : Изд-во Гревцова, 2014. — 352 с.
4. Государев Н. А. Специальная психология : учебное пособие. — Москва : Ось-89, 2008. — 285 с.
5. Основы специальной психологии : учеб. пособие для [студентов сред. пед. учеб. заведений] / под. ред. Л. В. Кузнецовой. — 7-е изд., стер. — Москва : Академия, 2010. — 480 с.

Практическое занятие № 4.

Дефицитарное развитие

Цель: актуализировать и расширять знания о дефицитарном развитии как отдельном виде нарушений психофизического развития; развивать умения анализировать,

конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению основных направлений коррекционной работы в зависимости от типа дефицитарного развития.

Вопросы для обсуждения:

1. Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха. Систематика нарушений сенсорной сферы.
2. Взаимосвязь степени выраженности сенсорного дефекта от времени его возникновения. Структура дефекта.
3. Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Детский церебральный паралич – как основная причина двигательных расстройств в детском возрасте.
4. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.

Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните таблицу «Характеристика дефицитарного развития»

Тип нарушения	Структура нарушения	Характеристика с позиции дефекта	Характеристика с позиции возможности	Основные направления коррекционно-развивающей деятельности
Нарушения слуха				
Нарушения опорно-двигательного аппарата				
Нарушения зрения				

2. Подберите 5 упражнений по развитию вестибулярного восприятия детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в т.ч. с использованием подручных средств.
3. Составьте аннотацию статьи: *Ахметзянова, А.И., Артемьева, Т.В. Моделирование прогностической компетентности как ресурса социализации младшего школьника с дефицитарным развитием / А.И.Ахметзянова, Т.В.Артемьева // Психология. Психофизиология. – 2018. – Т. 11. – №. 1.*

Рекомендуемая литература:

1. Сорокин В. М. Специальная психология : учеб. пособие / под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 214 с
2. Специальная психология : учебное пособие / под. ред. Л. М. Шипицыной. — Санкт-Петербург : Речь, 2013. — 253 с.
3. 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.
4. Усанова, О.Н. Специальная психология/ О.Н.Усанова. – СПб.: Питер, 2006. – 400 с.
5. Шаповал, И.А. Специальная психология: Учебное пособие/ И.А.Шаповал. – М.:ТЦ Сфера,2005. – 222 с.
6. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С.Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 304 с.

Практическое занятие № 5.

Искаженное развитие. Дисгармоничное развитие.

Цель: актуализировать и расширять знания об искаженном и дисгармоничном развитии как отдельных видах нарушений психофизического развития; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме; формировать умения по определению основных направлений коррекционной работы в зависимости от типа нарушения развития.

Вопросы для обсуждения:

1. Характерные признаки проявления РДА. Классификация состояний по степени тяжести
2. Структура дефекта при РДА (по В.В. Лебединскому).
3. Психопатия как форма дисгармонии личности. Виды психопатий по происхождению
4. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы (по О.В. Кербикову). Структура дефекта (по В.В. Лебединскому).

Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните таблицу «Характеристика искаженного развития»

Структура нарушения	Характеристика с позиции дефекта	Характеристика с позиции возможности	Основные направления коррекционно-развивающей деятельности

2. Заполните таблицу «Характеристика дисгармоничного развития»

Структура нарушения	Характеристика с позиции дефекта	Характеристика с позиции возможности	Основные направления коррекционно-развивающей деятельности

3. Составьте текстуальные конспекты статей: - *Очилов У.У. Клинические особенности психопатического поведения у подростков с психическими расстройствами / У.У.Очилов // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 23-3 (101).;* - *Неменчинская С. М. Развитие навыков общения у детей с синдромом раннего детского аутизма //Вестник Ленинградского государственного университета им. АС Пушкина. – 2014. – Т. 3. – №. 4.*
4. Подготовьтесь к итоговому тестированию по 1 и 2 модулю дисциплины.

Рекомендуемая литература:

1. Систематика терминологического аппарата педагогики в условиях парадигмальных изменений как фактор обновления содержания педагогического образования : монография / А. И. Жук [и др.]; под науч. ред. А. В. Торховой, О. Б. Даутовой. – Минск : БГПУ, 2019. – 308 с.
2. Организационно-методические аспекты осуществления персонального сопровождения обучающихся с расстройствами аутистического спектра в условиях учреждения образования : методические рекомендации / Н. И. Бумаженко [и др.] ; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Кафедра коррекционной работы. – Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2021. – 53 с.
3. Основы специальной психологии : учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования, обучающихся по спец.: 0318 - Спец. дошкольное образование, 0320 - Коррекционная педагогика / под ред. Л. В. Кузнецовой. — 2-е изд., стер. — Москва : Академия, 2005. — 480 с.

4. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков –патопсихология/ Л.Пожар. - Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «Модэк», 1996г. - 128 с.
5. Бардышевская М. К. Искривленный дизонтогенез: развитие идей ВВ Лебединского //Педиатр. – 2015. – Т. 6. – №. 4.
6. Распопова Н. И., Джамантаева М. Ш., Мархабаева Р. А. Дисгармоничное развитие личности, как предиктор формирования аддиктивного поведения //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №. 1.

3. Раздел контроля знаний ЭУМК

3.1. Требования к теоретическим и практическим умениям по курсу «Основы специальной психологии»

В результате изучения дисциплины обучающиеся должны **знать:**

- категориальный аппарат специальной психологии;
- общие и специфические закономерности развития детей с особенностями психофизического развития;

уметь:

- определять параметры дизонтогенеза;
- определять психологическую структуру дефекта при нарушениях психофизического развития;

владеть:

- современными классификациями нарушений в развитии; – спецификой методов исследования при разных видах дизонтогенеза.

3.2. Контролируемая самостоятельная работа студентов

Управляемая самостоятельная работа по учебной дисциплине «Основы специальной психологии» выполняется по заданию и при методическом руководстве преподавателя.

Целью управляемой самостоятельной работы по учебной дисциплине «Основы специальной психологии» является:

- создание условий для реализации творческих способностей студентов;
- развитие академических, профессиональных, социально-личностных компетенций;
- активное включение в учебную, научную, общественную и инновационную деятельность;
- овладение студентами в процессе обучения научными методами познания, умениями и навыками выполнения самостоятельной работы, углубленное и творческое освоение учебного материала;
- формирование у студентов умений и навыков самостоятельного решения актуальных учебных, научных и инновационных задач;
- личностное развитие студентов в качестве субъектов образовательной и профессиональной деятельности.

Управляемая самостоятельная работа как важная составная часть образовательного процесса должна опираться на мотивацию студентов, доступность и качество научно-методического и материально-технического обеспечения образовательного процесса, сопровождаться эффективной системой контроля и способствовать усилению практической направленности обучения. При выполнении управляемой самостоятельной работы создаются условия, при которых обеспечивается активная позиция студентов в самостоятельном получении знаний и систематическом применении их на практике.

Формы управляемой самостоятельной работы по учебной дисциплине:

- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к коллоквиумам;
- выполнение контрольных работ;
- выполнение исследовательских и творческих заданий;
- составление библиографии и реферирование литературы по заданной теме;
- создание карт, графиков и других наглядных пособий по изучаемым темам;
- написание тематических докладов и эссе на проблемные темы;
- составление тестов студентами для организации взаимоконтроля.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

1. Подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
2. Основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
3. Заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

В процессе самостоятельной работы студенты приобретают навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становятся активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем;
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем;
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя;
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

В качестве контроля управляемой самостоятельной работы по учебной дисциплине «Основы специальной психологии» могут использоваться следующие формы:

- проведение групповых письменных, контрольных работ и тестирование;
- оценка устного ответа на вопрос, сообщения, доклада или решения задачи на практических занятиях;
- проверка рефератов, письменных докладов и отчетов;
- проверка конспектов практических занятий, первоисточников, монографий и статей;
- проверка конспектов диагностических занятий.

СР выполняется студентом самостоятельно во внеаудиторное время в рамках обязательных часов, выделенных на самостоятельную работу по дисциплине.

В процессе подготовки студент на кафедре и на сайте newsdo.vsu.by/ педагогический факультет/кафедра коррекционной работы / «Основы специальной психологии» знакомится с содержанием предстоящей работы.

Формой выполнения УСР являются разноуровневые задания:

- задания, формирующие достаточные знания по изучаемому материалу на уровне узнавания;
- задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения;

- задания на уровне применения полученных знаний.

Преподаватель проверяет выполнение работы и выставляет полученные отметки в журнал.

Защита СР представляет собой ответы на вопросы преподавателя по содержанию выполненной работы и по итогам ее предварительной проверки. В процессе защиты студент должен продемонстрировать следующие качества знаний: осознанность, прочность, полноту и глубину. Студент должен понимать содержание выполненных работ (знать определения понятий, уметь разъяснить значение и смысл терминов, используемых в работе).

Работа, оцененная менее чем 4 баллами, не может быть зачтена, требует исправлений и повторной проверки.

При оценивании работ будут учитываться следующие показатели:

- использование различных источников информации;
- умение выбирать основное;
- наличие собственных оценочных аргументированных, развернутых суждений;
- владение теоретическим материалом по рассматриваемому вопросу;
- умение применять теоретических знания при решении предложенных практических задач;
- умение ответить на дополнительные вопросы по теме.

Перечень заданий самостоятельной работы (СР) по дисциплине:

Тема	Задания для самостоятельной работы (СР)
Модуль 1. Общие основы курса «Основы специальной психологии»	
История становления специальной психологии.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте схемы «Связь специальной психологии с другими науками» и «Разделы специальной психологии». 2. Напишите реферат на одну из предложенных тем: <ul style="list-style-type: none"> • Психология семейного воспитания детей с проблемами в развитии. • Особенности формирования коммуникативной деятельности детей с отклонениями в развитии. • Проблемы социализации детей с нарушениями в развитии. • Проблема реабилитации в специальной психологии. • Творческие возможности лиц с проблемами в психическом развитии. • Эмоциональное развитие детей с ограниченными возможностями. • Формирование личности в условиях нарушенного развития. • Предметное содержание современной специальной психологии. • Специальная психология в структуре современного человекознания. • Формирование деятельности у детей с проблемами в развитии. • Проблема социальной перцепции в специальной психологии. • Особенности формирования учебной деятельности детей с нарушениями в развитии.
Проблема нормы и патологии в современных науках о человеке.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Известно, что сюжетно-ролевая игра является ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте и у детей в норме, и с ЗПР. Особенности игровой деятельности во многом свидетельствуют об уровне интеллектуального развития ребенка. Проанализируйте специфику сюжетно-ролевой игры (используя протокол наблюдения за игровой деятельностью детей с ЗПР, взятой из исследования Слепович Е. С.) и ориентируясь на схему наблюдения Г.А.Урунтаевой Ю.А. Афонькиной (по каждому из 10 параметров). В конце анализа сделать соответствующие выводы по особенностям игровой деятельности детей с ЗПР. Дополнительно

	<p>можно ознакомиться с книгой Слепович Е.С. «Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития» и таблицей «Развитие игровой деятельности детей в норме».</p> <p>2. Проанализируйте результаты изучения зоны ближайшего развития, полученные в исследовании В.И. Лубовского. Сравните зону ближайшего развития у детей с задержкой психического развития и детей с интеллектуальной недостаточностью.</p> <p><i>Детям предлагали описать предложенные им предметы и сравнить их между собой. Детям предлагали описать предложенные им предметы и сравнить их между собой. Фиксировалось количество признаков, которые выделили дети при описании предметов, как с помощью взрослых, так и самостоятельно. Результаты отражены в таблице.</i></p> <p><i>Таблица – Зона ближайшего развития у разных групп детей</i></p> <table border="1" data-bbox="501 667 1482 1200"> <thead> <tr> <th>Группа детей</th> <th>Количество самостоятельно выделенных признаков объекта</th> <th>Количество признаков, выделенных с помощью взрослых</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Нормально развивающиеся дети</td> <td>12</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>Дети с ЗПР</td> <td>6,5</td> <td>10,5</td> </tr> <tr> <td>Дети с интеллектуальной недостаточностью</td> <td>4,5</td> <td>5,7</td> </tr> </tbody> </table>	Группа детей	Количество самостоятельно выделенных признаков объекта	Количество признаков, выделенных с помощью взрослых	Нормально развивающиеся дети	12	–	Дети с ЗПР	6,5	10,5	Дети с интеллектуальной недостаточностью	4,5	5,7
Группа детей	Количество самостоятельно выделенных признаков объекта	Количество признаков, выделенных с помощью взрослых											
Нормально развивающиеся дети	12	–											
Дети с ЗПР	6,5	10,5											
Дети с интеллектуальной недостаточностью	4,5	5,7											
<p>Концептуальные основы специальной психологии</p>	<p>1. Заполните таблицу «Типы акцентуированных личностей» по К. Леонгарду.</p> <table border="1" data-bbox="596 1274 1482 1464"> <thead> <tr> <th>№</th> <th>Тип акцентуированной личности</th> <th>Характеристика типа</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Составьте список необходимых методик, для диагностики нарушений личности.</p> <p>3. Составьте словарь терминов по теме занятия.</p>	№	Тип акцентуированной личности	Характеристика типа									
№	Тип акцентуированной личности	Характеристика типа											
<p>Параметры дизонтогенеза.</p>	<p>1. Заполните таблицу «Варианты психического дизонтогенеза»</p> <table border="1" data-bbox="501 1653 1342 1989"> <thead> <tr> <th>Вид психического дизонтогенеза</th> <th>Основные причины</th> <th>Основные клинические признаки</th> <th>Динамика развития</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Недоразвитие</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Поврежденное</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Вид психического дизонтогенеза	Основные причины	Основные клинические признаки	Динамика развития	Недоразвитие				Поврежденное			
Вид психического дизонтогенеза	Основные причины	Основные клинические признаки	Динамика развития										
Недоразвитие													
Поврежденное													

	<p>Задержанное</p> <p>Дефицитарное</p> <p>Искаженное</p> <p>Дисгармоническое</p>				
Особенности развития психики в условиях разных видов депривации.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработайте план-конспект коррекционно-развивающего занятия (одного), направленного на коррекцию одной из сфер личности детей с отклонениями в развитии – эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной сферы, самооценки и уровня притязания. 2. Подготовьте сообщение по теме занятия, отвечая на вопросы: Какие положения теории культурно-исторического развития высших психических функций применяются при организации психокоррекционной работы в специальной психологии? По каким признакам различаются психодиагностическая и психокоррекционная ситуации? Какова структура психокоррекционной ситуации? Что такое коррекционная программа? 				
Компенсация и коррекция отклонений в развитии.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовьте материалы на тему: «Выдающиеся люди с особенностями психофизического развития в мире культуры, науки, искусства (О. И. Скороходова, Э. Асадов, А. И. Суворов, Соня Шаталова, музыканты, писатели, композиторы, модели и т. п.)». 5-10 примеров. 				
Социально-психологические проблемы специальной психологии.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с одним из вариантов отклоняющегося развития по организации воспитания в семье, адекватного состоянию ребенка. 2. Подготовьте информационный листок по одному из нарушений в развитии для родителей (нарушения функций опорно-двигательного аппарата, нарушения зрительного или слухового анализатора, интеллектуальные нарушения, речевые нарушения) с предоставлением общих особенностей, характерных для данного нарушения, раннее выявление, способы взаимодействия с ребенком, имеющим данную специфику. 				
Модуль 2. Варианты дизонтогенеза					
Психическое недоразвитие	<ol style="list-style-type: none"> 1. На развитие личности умственно отсталых детей так же, как и на развитие нормальных детей, оказывают влияние биологические и социальные факторы. Имеются ли особенности влияния биологических и социальных факторов на развитие личности умственно отсталого человека по сравнению с нормой? Докажите ведущее влияние социального фактора в развитии личности умственно отсталого ребенка. 2. Охарактеризуйте внимание в описанном случае и раскройте физиологические механизмы этого явления. <i>Шел урок биологии. Уроки по биологии проходили всегда живо и интересно. И в этот раз ученики с неподдельным интересом слушали учителя, нетерпеливо поднимали руки, эмоционально отвечали на вопросы.</i> 				

	<p><i>Вдруг за окном класса произошло оживление: остановилась большая машина, из нее выскочили люди и стали выносить какие-то приборы, провода, лампы. Учащиеся заметно снизили точность ответов, смотрели и на учителя и в окно, часто отвечали невпопад, переговаривались. Замечания учителя мало помогли в изменении поведения учащихся.</i></p> <p>3. Определите, о каком из процессов памяти идет речь (запечатление, сохранение, воспроизведение). Какими особенностями характеризуются эти процессы у школьников с умственно отсталостью? А) Ученик рассказывает своим товарищам содержание просмотренного фильма, излагая события подробно, выдерживая их последовательность. Через месяц события этого фильма воспроизводятся этим учеником лишь в общих чертах. Б) На уроке можно наблюдать такую картину: учитель называет фамилию школьника, который должен выйти к доске и прочитать наизусть заданное накануне стихотворение. Ученик встает явно неохотно, а его глаза при этом устремлены в раскрытую книгу. Он медлит и старается удержать взор на странице учебника с текстом стихотворения. Чем объясняется медлительность ученика?</p> <p>4. Какие нарушения мышления имеются в описанных случаях? Чем характеризуется мышление умственно отсталых детей?</p> <p>А) Перед испытуемым ставится вопрос: «Чем похожи тетрадь и книга?» Испытуемый отвечает: «Книга толстая, а тетрадь тонкая; книга большая, а тетрадь маленькая; в тетради пишут, а книгу читают».</p> <p>Б) Испытуемому предлагается задача: «У мальчика было четыре марки, одну марку он потерял. Что надо сделать, чтобы узнать, сколько марок осталось у мальчика?» Испытуемый отвечает: «Надо искать марку и найти ее».</p> <p>В) Дан опыт на классификацию объектов. Испытуемый бездумно манипулирует предметами. Над правильностью своей деятельности не задумывается.</p> <p>Г) В ходе выполнения экспериментального задания исследователь сделал замечание испытуемому по поводу неверного выполнения задания, но испытуемый остался безразличным к замечанию и продолжал своим ошибочным путем выполнять задание.</p>
<p>Задержанное развитие</p>	<p>1. Проанализируйте приведенный ниже клинический пример с целью классификации данного дефекта. Дайте рекомендации родителям. Мальчик А., 7 лет 6 мес. Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 мес.), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ (диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи. В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность, многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у</p>

	<p>него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении. С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.</p> <p>2. Перечислите психологические направления помощи детям при задержанном психическом развитии. Результат оформите в виде таблицы.</p>										
Дефицитарное развитие	<p>1. Заполните таблицу «Нарушения психического развития при разных формах ДЦП».</p> <table border="1" data-bbox="501 779 1482 1104"> <thead> <tr> <th data-bbox="501 779 616 1104">Форма ДЦП</th> <th data-bbox="616 779 836 1104">Клиническая характеристика (мышечный тонус, пораженные конечности)</th> <th data-bbox="836 779 1034 1104">Внешний вид ребенка, двигательные навыки</th> <th data-bbox="1034 779 1254 1104">Общая характеристика отклонений в психическом развитии</th> <th data-bbox="1254 779 1482 1104">Характеристика развития отдельных психических функций</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="501 1104 616 1619"></td> <td data-bbox="616 1104 836 1619"></td> <td data-bbox="836 1104 1034 1619"></td> <td data-bbox="1034 1104 1254 1619"></td> <td data-bbox="1254 1104 1482 1619"></td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Проанализируйте высказывание мамы ребенка, которая выражает свое мнение о его заболевании. «Мой мальчик плохо ходит, у него ножки перекрещиваются, и он становится на носочки. С головой у него все в порядке, он умный, все понимает, но чуть-чуть плохо говорит, шепелявит. У него ножки больные, и врачи говорят, что у него ДЦП, а заболел он только в 4 года, до этого был здоровенький».</p> <p>Какие ошибочные суждения о нарушении ребенка содержатся в этом высказывании? Охарактеризуйте особенности работы психолога с семьей, имеющей ребенка с ДЦП.</p> <p>3. Посмотрите кинофильм «С первого взгляда» (США). Представьте рефлексию фильма на тему «Судьба человека в условиях зрительной депривации».</p>	Форма ДЦП	Клиническая характеристика (мышечный тонус, пораженные конечности)	Внешний вид ребенка, двигательные навыки	Общая характеристика отклонений в психическом развитии	Характеристика развития отдельных психических функций					
Форма ДЦП	Клиническая характеристика (мышечный тонус, пораженные конечности)	Внешний вид ребенка, двигательные навыки	Общая характеристика отклонений в психическом развитии	Характеристика развития отдельных психических функций							
Искаженное развитие. Дисгармоничное развитие.	<p>1. Проанализируйте ниже перечислены мифы об аутизме. Какие из мифов соответствуют реальности? Обоснуйте свою точку зрения. Результаты анализа оформите в виде таблицы.</p> <p>Миф 1. Все дети с аутизмом гениальны – им присущи некоторые незаурядные способности.</p> <p>Миф 2. Дети с аутизмом всегда имеют умственную отсталость и не могут вести нормальную жизнь.</p> <p>Миф 3. Дети с аутизмом никогда не смотрят в глаза другим людям.</p> <p>Миф 4. Дети с аутизмом не могут проявлять привязанности к людям.</p> <p>Миф 4. Развитие аутизма можно предотвратить: если с ребенком начать заниматься до 3 лет, тогда «дверка не закроется», и ребенок может стать вполне нормальным.</p>										

	<p>Миф 5. Родители ребенка своим поведением «запускают механизм развития аутизма», следовательно, метод помощи – это психоанализ ребенка и семьи.</p> <p>Миф 6. Нарушение вызвано прививкой – если не делать прививки, можно спасти детей.</p> <p>Миф 7. Причина нарушения – локальное поражение мозга в результате родовой травмы.</p> <p>2. Прочитайте описанный А.И. Захаровым случай невроза у ребенка. Определите основной вид внутрличностного конфликта у этого ребенка. К какому виду невроза предположительно можно отнести описанный случай? Сформулируйте задачи психологической помощи ребенку.</p> <p><i>Мальчик, 8 лет. Его родителей беспокоили неустойчивость настроения мальчика, раздражительность, повышенная плаксивость и обидчивость, быстрая утомляемость и головные боли к концу дня. Будучи эмоционально чувствительным и впечатлительным, мальчик много волновался, переживал, легко расстраивался, испытывал страх перед неизвестным, растерянность в новой обстановке, с трудом переносил ожидание. Состояние ухудшалось с началом учебного года. Посещает обычную и музыкальную школы, учится хорошо, но очень быстро устает. Мать ежедневно контролирует уроки, заставляет переписывать заново при любой ошибке. Оба родителя много беспокоятся, часто угрожают наказанием и срываются на крик при малейшей оплошности. Мальчик опасается сделать что-нибудь «не так, как следует», ошибиться, попасть впросак, не успеть, опоздать, у него есть опасения не справиться, быть не тем, о ком хорошо говорят, кого ценят, любят и уважают. От ребенка требовалось делать все точно, правильно, вовремя, безукоризненно, следуя нетерпеливым, принципиально строгим, беспокойным родителям. Родители были часто сердиты и недовольны, забывали похвалить мальчика и ободрить его, никогда не были жизнерадостными и непосредственными в отношениях с ним.</i></p>
--	--

Модули заданий УСР

I) Задания, формирующие достаточные знания по изучаемому учебному материалу на уровне узнавания:

1. Как называются 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
2. Как называются закономерности общие для всех детей с дизонтогенезом, независимо от характера основного нарушения
3. Как называются закономерности, свойственные какой-то одной группе детей с отклонениями в развитии _____
4. Из перечисленных ниже модально-неспецифических закономерностей определите закономерности положительного характера:
 - а) нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации;
 - б) наличие потенциальных возможностей формирования психики в виде зоны ближайшего развития;
 - в) изменения в развитии личности ребенка;

г) высокая степень зависимости каждой из психических функций от уровня развития остальных.

5. 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 и развитие идут скачкообразно.

6. Докажите, что нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации действительно является модально-неспецифической закономерностью психического развития ребенка

7. К общим закономерностям отклоняющегося развития относится:

- а) риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности;
- б) количественные изменения в системе взаимоотношений отдельных анализаторов;
- в) непрогредиентный характер течения;
- г) недостаточность функциональной деятельности мозга.

8. Установите соответствия:

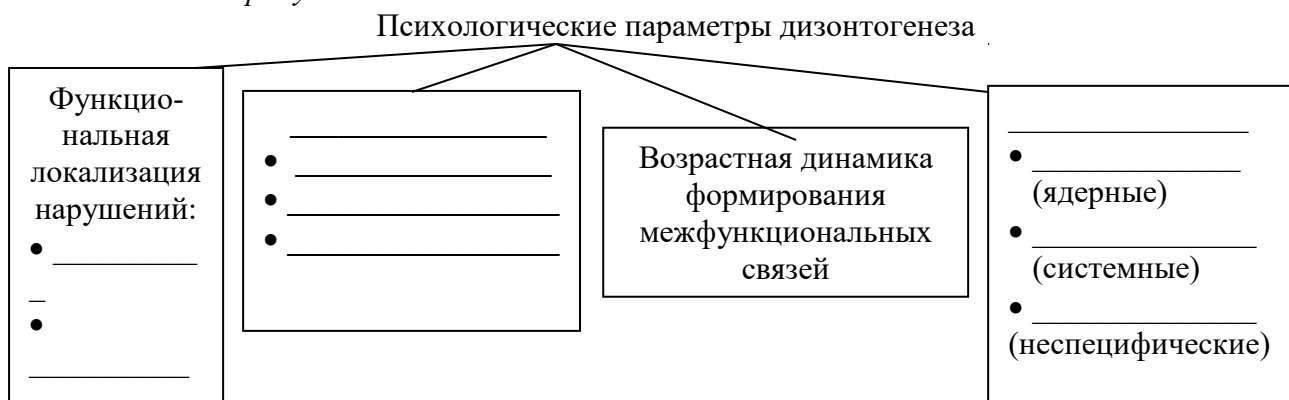
Группа закономерностей психического развития		Пример закономерностей психического развития	
а	Общие	1	Изменения в развитии личности ребенка
б	Модально-неспецифические	2	Более позднее появление неологизмов в речи ребенка
в	Модально-специфические	3	Социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций
		4	Нарушение способности к приему и переработке информации

а _____, б _____, в _____.

9. Первичные и вторичные нарушения относят к следующим характеристикам дизонтогенеза:

- а) к динамике формирования межфункциональных связей;
- б) к времени появления нарушений;
- в) к функциональной локализации нарушений;
- г) к структуре нарушенного развития.

10. Заполните пропуски:



11. К параметрам дизонтогенеза относят:

- а) генетическое влияние;
- б) пластичность мозговых систем;
- в) речевое недоразвитие;
- г) фактор хроногенности.

12. Что из перечисленного не является параметром дизонтогенеза:

- а) время поражения;
- б) нарушение межфункциональных взаимодействий;
- в) нарушение познавательной деятельности;

г) структура дефекта.

13. Установите соответствия:

Понятие		Определение	
а	Первичный дефект	1	мало обратимые изменения в параметрах работы функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора
		2	обратимые изменения процесса развития психических функций
б	Вторичный дефект	3	расстройства обладают большей степенью обратимости под влиянием коррекционных мероприятий
		4	изменения в параметрах работы функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора

а _____, б _____.

14. По приведенной структуре дефекта определите тип нарушения развития:

Структура дефекта при _____

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

Структура дефекта при _____

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

15. Заполните таблицу:

Структура дефекта при нарушениях зрения

Первичный дефект	
Вторичный дефект	
Третичный дефект	

Структура дефекта при ДЦП

Первичный дефект	
Вторичный дефект	
Третичный дефект	

16. Опишите структуру дефекта при ЗПР _____

17. К множественным нарушениям относят:

- а) совокупность физических и (или) психических недостатков;
- б) сочетание двух и более психофизических нарушений;
- в) сочетание двух и более первичных психофизических нарушений;
- г) сочетание двух и более психофизических нарушений, выраженных в разной степени.

18. Вставьте пропуски:

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

Первичный дефект	
Вторичный дефект	Аутистические установки
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

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

Первичный дефект	Инактивность (бездеятельность)
Вторичный дефект	
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

II) Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.

Тематика рефератов

1. Основные варианты задержки психического развития (по К.С.Лебединской).
2. Особенности психического статуса ребенка с ЗПР.
3. Психологическая сущность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).
4. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при задержанном развитии.
5. Особенности социализации и социальной адаптации при задержанном развитии.
6. Поврежденное психическое развитие: этиология, структура дефекта.
7. Виды органической деменции.
8. Основные отличия олигофрении от деменции.
9. Типология органической деменции (по Г.Е.Сухаревой).
10. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при поврежденном развитии.
11. Особенности социализации и социальной адаптации при поврежденном развитии.
12. Дефицитарное психическое развитие: этиология, структура дефекта, систематика нарушений детей с нарушением слуха.
13. Этиология, структура дефекта, систематика нарушений детей с нарушениями зрения.
14. Дефицитарное психическое развитие: этиология, структура дефекта, систематика нарушений у детей с недостаточностью двигательной сферы.
15. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии.
16. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.
17. Искаженное психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, четыре группы детей с аутизмом.
18. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии.
19. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии.
20. Дисгармоническое психическое развитие: определение, этиология, структура дефекта, виды по происхождению.
21. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы.
22. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дисгармоническом развитии.
23. Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии.
24. Понятия «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
25. Психологическая реальность ребенка с нарушениями в развитии: устойчивые и изменчивые параметры, оказывающие влияние на его поведение и развитие.
26. Роль семьи в процессе социализации ребенка. Типичные признаки, характеризующие семью, воспитывающую ребенка-инвалида (по Л.М.Шипициной).
27. Закономерности деформации семьи при рождении ребенка-инвалида на психологическом, социальном, соматическом уровнях.
28. Схемы поведения родителей по отношению к ребенку с особенностями психофизического развития (по В.С.Соммерсу).

III) Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний:

Квалификационные задания (варианты характеристик прилагаются в <https://newsdo.vsu.by/course/index.php?categoryid=20>)

- Прочитайте характеристику.
- Определите, каких данных в ней не хватает.
- Определите, какие методы использованы для составления документа.
- Определите, какой вариант дизонтогенеза описан.
- Обоснуйте свое мнение.

Перечень научно-методического обеспечения самостоятельной работы

1. Специальная психология [Электронный ресурс]: лабораторный практикум для студентов спец. 1-01 01 02-05 Дошкольное образование. Логопедия / [авт.-сост. А. А. Ганкович] ; М-во образования РБ, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Педагогический фак., Каф. психологии. — Электрон. текстовые дан. (1файл: 157 Кб). — Витебск., 2013. — Режим доступа: www.lib.vsu.by.
2. Специальная психология [Электронный ресурс] : учеб.-метод. комплекс для студентов спец. 1-01 01 02-05 Дошкольное образование. Логопедия / [авт.-сост. А. А. Ганкович] ; М-во образования РБ, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Педагогический фак., Каф. психологии. — Электрон. текстовые дан. (1файл: 124 Кб). — Витебск., 2013. — Режим доступа: www.lib.vsu.by.

Рекомендованная литература

1. Кухтова Н. В. Специальная психология : курс лекций / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
2. 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.
3. Лемех, Е. А. Основы специальной психологии: учеб. пособие / Е. А. Лемех. – Минск : РИПО, 2017. – 218 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.
5. Специальная психология: учеб. пособие / Е.С.Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А.М.Полякова. – Минск: Выш.шк., 2012. – 512 с.
6. 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.

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

1. <https://edu.gov.by/> сайт Министерства образования Республики Беларусь;
2. <http://asabliva.by/> сайт управления специального образования Министерства образования Республики Беларусь;
3. <https://lib.vsu.by/> сайт научной библиотеки учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М.Машерова»;
4. <http://elibrary.ru/> Крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 14 млн. научных статей и публикаций;

5. <http://ellib.library.isu.ru> - научная электронная библиотека «ELIBRARY.RU»
<http://e.lanbook.com/> ЭБС «Издательство Лань», коллекция «Психология. Педагогика»
6. <https://isu.bibliotech.ru/> ЭБС ЭЧЗ «Библиотех»
7. <http://rucont.ru/> ЭБС Национальный цифровой ресурс «Рукоонт» электронные версии печатных изданий раздел «Психология»
8. <http://ibooks.ru> электронная библиотека ЭБС «Айбукс.ру»,
9. <http://psychology.net.ru/> – сайт «Мир психологии»
10. <http://azps.ru> – (А.Я. Психология)
11. <http://psychology.ru/> – сайт, посвященный общим вопросам психологии
12. Сайт по психологии: описание психологических тестов, тестирование он-лайн, тренинги, упражнения, статьи, советы психологов: <http://azps.ru>
13. Сборник электронных курсов по психологии: <http://www.ido.edu.ru/psychology/>
14. Электронная библиотека портала Auditorium.ru: <http://www.auditorium.ru>.
15. <http://www.koob.ru> – электронная библиотека психологической литературы

3.3. База вопросов по тестированию

1. Общее психическое недоразвитие характеризуется:
 - а) первичностью и тотальностью недоразвития мозговых систем;
 - б) нарушением высших психических функций (особенно интеллекта и речи);
 - в) преимущественным нарушением элементарных психических функций (непроизвольного восприятия, памяти, моторики, элементарных эмоций);
 - г) парциальностью расстройств;
 - д) всем вышеперечисленным.
2. Наиболее типичной моделью психического недоразвития является:
 - а) ранний детский аутизм;
 - б) умственная отсталость;
 - в) расстройство личности;
 - г) деменция;
 - д) ничего из вышеперечисленного.
3. Задержанное психическое развитие характеризуется:
 - а) ускоренным темпом формирования познавательной сферы;
 - б) замедленным темпом формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах;
 - в) первичностью и тотальностью недоразвития мозговых систем;
 - г) парциальностью и мозаичностью поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем.
4. Наиболее типичной моделью задержанного психического развития является:
 - а) ранний детский аутизм;
 - б) умственная отсталость;
 - в) расстройство личности;
 - г) деменция;
 - д) задержка психического и речевого развития.
5. Поврежденное психическое развитие характеризуется:
 - а) врожденным недоразвитием интеллектуальных функций и речи; б) парциальностью расстройств;
 - в) первоначально правильным и своевременным развитием ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга;
 - г) хронологической связью психического снижения с перенесенной вредностью;
 - д) наличием в неврологическом статусе парезов, параличей, судорожных припадков.
6. Характерной моделью поврежденного психического развития является:
 - а) органическая деменция;

- б) умственная отсталость;
 - в) аутизм.
7. Дефицитарное психическое развитие связано:
- а) с врожденным недоразвитием интеллектуальных функций;
 - б) перенесенной черепно-мозговой травмой в возрасте до 10 лет;
 - в) первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи.
 - г) первичным дефектом анализатора либо определенной соматической системы.
8. Искаженное психическое развитие — это:
- а) сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития;
 - б) общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга, что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем;
 - в) замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах.
9. Характерными моделями искаженного психического развития являются:
- а) органическая деменция;
 - б) умственная отсталость;
 - в) процессуальные расстройства и ранний детский аутизм;
 - г) задержка психического и речевого развития.
10. Отличие дисгармоничного психического развития и искаженного состоит в том, что:
- а) основой повреждений является текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные искажения межфункциональных связей;
 - б) врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики проявляется преимущественно в эмоционально-волевой сфере.
11. Фармакологические эффекты ноотропных препаратов:
- а) улучшают мозговое кровообращение;
 - б) улучшают микроциркуляцию;
 - в) оказывают антиагрегантное, антигипоксическое, противоотечное действие;
 - г) все вышеперечисленное.
12. К функциям энергетического блока (подкорково-стволовых структур) относятся: а) обеспечение модально-неспецифических форм памяти (запечатление образов, импринтинг);
- б) ответ за функции речи, счета, пространства и времени;
 - в) программирование, регуляция и контроль над психическими функциями;
 - г) контроль базальных эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие);
 - д) сбор интрацептивной информации (о внутренней среде) и регуляция всех внутренних процессов;
 - е) обеспечение межполушарного взаимодействия.
13. Операциональный блок (вся кора, кроме лобной) отвечает:
- а) за сбор и переработку информации о внешней среде;
 - б) функции речи, счета, пространства и времени;
 - в) контроль базальных эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие);
 - г) обеспечение межполушарного взаимодействия.
14. К функции блока контроля (лобной коры) относятся:
- а) сбор и переработка информации о внешней среде;
 - б) функции речи, счета, пространства и времени;
 - в) контроль базальных эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие);

- г) обеспечение межполушарного взаимодействия;
- д) программирование, регуляция и контроль над психическими функциями.
- 15. Специальная психология – это:**
- а) наука, которая изучает и разрабатывает средства и способы компенсации и коррекции нарушений в развитии;
 - б) наука, изучающая сущность, закономерности, тенденции управления процессом развития индивидуальности и личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
 - в) область психологической науки, изучающая психологические особенности людей, для которых характерно отклонение от нормы психического развития.
- 16. Компенсация нарушенных функций – это:**
- а) сосредоточение процессов возбуждения и торможения в определенном отделе коры больших полушарий;
 - б) совокупность реакции организма на повреждение;
 - в) сложный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций.
- 17. Депривация – это:**
- а) психическое состояние, возникшее в результате длительного неудовлетворения основных психических потребностей;
 - б) психическое состояние, сопровождающееся чувством страха, тревожности и приводящее к психическим расстройствам;
 - в) подавленное, угнетенное состояние, которое наблюдается почти при всех психических заболеваниях.
- 18. Деменция – это:**
- а) стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики, обеднение эмоций и нарушение поведения вследствие органического повреждения мозга в поздний постнатальный периода;
 - б) особая форма психического недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности;
 - в) легкая степень олигофрении.
- 19. Умственная отсталость – это:**
- а) состояние стойкого снижения интеллекта вследствие органического поражения мозга;
 - б) стойкое ослабление познавательной деятельности, нарушение эмоционально-волевой и личностной сферы, вызванное органическими поражениями головного мозга в поздний постнатальный период;
 - в) особая форма психического недоразвития, в первую очередь интеллектуального, наступившая в результате влияния патогенных факторов в пренатальном периоде развития ребенка.
- 20. Задержка психического развития – это:**
- а) один из характерных признаков олигофрении;
 - б) нарушение нормального темпа психического развития;
 - в) необратимое отставание в развитии познавательных процессов.
- 21. Искажённое психическое развитие – это:**
- а) умственная отсталость;
 - б) деменция;
 - в) ранний детский аутизм.
- 22. Детский церебральный паралич – это:**
- а) нарушение двигательных функций организма вследствие поражения двигательных центров головного мозга;
 - б) повышение тонуса каких-либо мышц или конечностей вследствие нарушенной иннервации;

- в) особый вариант развития, при котором отмечается нарушение двигательных функций и интеллекта.
- 23.** Имбецильность – это:
- а) наиболее глубокая степень олигофрении;
 - б) легкая степень олигофрении;
 - в) средняя степень олигофрении.
- 24.** Дисграфия – это:
- а) нарушение звукопроизношения⁴
 - б) нарушение темпа речи;
 - в) нарушение письменной речи.
- 25.** Аудиометрия – это:
- а) способ измерения остроты зрения;
 - б) измерение остроты слуха;
 - в) способ измерения физических параметров организма.
- 26.** Для детей с РДА характерно:
- а) нарушение познавательной сферы;
 - б) нарушение двигательной сферы;
 - в) нарушения эмоциональной сферы и общения.
- 27.** Основные группы причин нарушений в развитии:
- а) врожденные и наследственные;
 - б) экзогенные и эндогенные;
 - в) пренатальные и натальные.
- 28.** У детей с нарушениями слуха в качестве вторичных отклонений отмечаются:
- а) нарушения интеллекта;
 - б) нарушения двигательной сферы и личности;
 - в) нарушения речи.
- 29.** Глухота – это:
- а) стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью;
 - б) стойкое понижение слуха, при котором возможно самостоятельное накопление минимального словарного запаса;
 - в) временная потеря слуха вследствие болезни, травмы.
- 30.** При РДА:
- а) имеются интеллектуальные нарушения;
 - б) никогда не диагностируются интеллектуальные нарушения;
 - в) могут отмечаться интеллектуальные нарушения.
- 31.** ДЦП – это:
- а) врожденная патология опорно-двигательного аппарата;
 - б) заболевание нервной системы;
 - в) приобретенное заболевание и повреждение опорно-двигательного аппарата.
- 32.** 18. Дислalia – это:
- а) нарушение звукопроизношения;
 - б) нарушение голоса;
 - в) недоразвитие речи.
- 33.** Отраслями специальной психологии являются:
- а) патопсихология, психопатология, психиатрия;
 - б) специальная педагогика, дефектология, коррекционная педагогика;
 - в) тифлопсихология, логопсихология, сурдопсихология.
- 34.** Дисгармоничное развитие – это:
- а) ЗПР;
 - б) ДЦП;
 - в) психопатия.
- 35.** Специальная педагогика – это наука:

- а) о психологических особенностях детей с нарушениями в развитии;
 - б) о педагогической помощи человеку с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности;
 - в) о теории и практике специального образования лиц с нарушениями психофизического развития.
- 36.** Одной из задач отечественной специальной педагогики на современном этапе ее развития является:
- а) нахождение собственных педагогических терминов, отражающих ее сущность;
 - б) уточнение «параллельной терминологии» смежных с ней предметных областей;
 - в) привлечение к использованию специальных медицинских и психологических терминов и понятий.
- 37.** Отраслями специальной педагогики являются:
- а) специальная психология, психопатология, патопсихология;
 - б) олигофренопедагогика, сурдопедагогика, тифлопедагогика, логопедия;
 - в) общая педагогика, семейная педагогика, дошкольная педагогика.
- 38.** Конечная цель специальной педагогики предполагает:
- а) полную ликвидацию нарушения в развитии;
 - б) достижение максимально возможной самостоятельности и независимости в жизни личности с ограниченными возможностями здоровья;
 - в) преодоление последствий нарушения в развитии.
- 39.** Интегрированное обучение – это:
- а) система преемственно связанных между собой учебно- воспитательных учреждений, в которых обучаются дети с различными нарушениями слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и речи;
 - б) обучение детей с различными нарушениями в одном образовательном учреждении;
 - в) обучение и воспитание детей с нарушениями психофизического развития в учреждениях общей системы образования вместе с нормально развивающимися детьми.
- 40.** При обучении детей с различными нарушениями в развитии используются:
- а) общепедагогические методы и приёмы обучения;
 - б) общепедагогические методы и приёмы обучения, адекватные возможностям обучающихся;
 - в) специальные методы и приёмы обучения.
- 41.** Дактильная и жестовая речь используются для обучения:
- а) слепых детей;
 - б) глухих детей;
 - в) умственно отсталых детей.
- 42.** Раннее выявление нарушения в развитии:
- а) позволяет предупредить появление других нарушений;
 - б) обеспечивает психологическую готовность ребёнка к обучению в школе;
 - в) своей целью имеет профилактику вторичных отклонений.
- 43.** Наполняемость групп в специализированном ДООУ зависит от:
- а) количества детей, имеющих нарушения;
 - б) желания педагогического коллектива;
 - в) вида нарушения и возраста детей.
- 44.** Для подготовки к школе детей, не посещающих специальные ДООУ, осуществляется:
- а) индивидуальное консультирование;
 - б) обучение в домашних условиях;
 - в) создаются подготовительные классы при специальных школах.
- 45.** Получить среднее и высшее специальное образование может:
- а) любой выпускник специальной школы;

- б) выпускник специальной школы, имеющий сохранный интеллект и высокий уровень подготовки;
- в) высокоодаренный выпускник специальной школы.
46. Дети с нарушениями речи – это:
- а) дети со значительными речевыми нарушениями, но сохранным интеллектom и слухом;
- б) дети со значительными речевыми нарушениями;
- в) со сложной структурой дефекта.
47. Холдинг-терапия – это:
- а) специальная методика оказания помощи детям с ранним детским аутизмом;
- б) способ оказания помощи родителям, воспитывающим ребёнка-инвалида;
- в) восстановительная методика для детей, страдающих церебральным параличом.
48. Выберите один правильный ответ. Олигофренопсихология – это наука:
- а) о психологических особенностях детей с нарушениями интеллекта;
- б) о теоретических основах воспитания и обучения лиц с нарушениями интеллекта;
- в) о теории и практике специального образования лиц с нарушениями психофизического развития.
49. Выберите один правильный ответ. У детей с нарушением интеллекта больше всего страдает:
- а) внимание;
- б) мышление;
- в) речь.
50. Закончите фразу: Олигофренопедагогика тесно связана с такими науками как... [специальная педагогика и психология, тифлопедагогика, сурдопедагогика, логопедия].
51. Расположите термины в последовательности снижения интеллекта по степеням: дебильность, имбецильность, идиотия.
52. Закончите фразу: Дебильность – это... [термин, обозначающий коэффициент интеллектуальной недостаточности равный 50-70].
53. Выберите один правильный ответ: В современной отечественной олигофренопсихологии наиболее адекватными терминами обозначения категории умственно отсталых детей являются:
- а) аномальный ребёнок, дефективный ребёнок;
- б) проблемный ребёнок, ребёнок с патологией;
- в) ребёнок с нарушениями интеллекта, ребёнок с особыми образовательными потребностями, ребёнок с ограниченными возможностями здоровья.
54. Закончите фразу: Реабилитация – это... [применение комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки лиц, утративших свои способности в результате травм или болезни];
55. Закончите фразу: Специальное образование – это... [дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями создаются специальные условия].
56. Закончите фразу: Конечная цель специальной психологии и педагогики предполагает... [достижение максимально возможной самостоятельности и независимой жизни личностью с ограниченными возможностями здоровья].
57. Выберите один правильный ответ: Имбецильность это термин обозначающий:
- а) степень снижения интеллекта средней тяжести;
- б) степень глубокого снижения интеллекта;
- в) степень тяжелейшего снижения интеллекта.
58. Закончите фразу: При идиотии дети не могут... [самостоятельно есть, пить, себя обслуживать].

59. Выберите один правильный ответ: Первыми специалистами, оказывающим помощь умственно отсталым людям в России были:
- Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, С.Д. Забрамная;
 - Е.К. Грачева, В.П. Кащенко; И.В. и Е.Х. Маляревские;
 - Б.П. Пузанов, А.А. Катаева.
60. Закончите фразу: При обучении детей с нарушением интеллекта используются методы и приёмы... [адекватные возможностям обучающихся].
61. Выберите один правильный ответ: Воспитание ребёнка с интеллектуальной недостаточностью предполагает:
- целенаправленное формирование положительных черт характера;
 - предупреждение формирования отрицательных черт характера;
 - целенаправленное формирование социально значимых личностных качеств и профилактику негативных личностных и поведенческих проявлений.
62. Закончите фразу: В специальных (коррекционных) школах VIII вида обучаются ... [умственно отсталые дети].
63. Закончите фразу: Раннее выявление нарушения в интеллектуальном развитии своей целью имеет ... [профилактику вторичных отклонений].
64. Выберите один правильный ответ: Специальные дошкольные образовательные учреждения комплектуются:
- по желанию родителей и педагогов
 - если имеются соответствующие условия в ДООУ, и с согласия родителей;
 - по решению ПМПК, органов образования и с согласия родителей.
65. Выберите один правильный ответ. Наполняемость групп в специальных ДООУ зависит от:
- количества детей, имеющих нарушения;
 - желания педагогического коллектива;
 - вида нарушения и возраста.
66. Закончите фразу: Группы кратковременного пребывания в ДООУ создаются для ... [подготовки к школе детей, не посещавших специальные ДООУ].
67. Выберите один правильный ответ: Вспомогательная школа – это специальное образовательное учреждение для детей:
- с нарушениями речи;
 - с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
 - с интеллектуальными нарушениями.
68. Выберите один правильный ответ: Для подготовки к обучению в школе детей, не посещающих специальные ДООУ, осуществляется:
- индивидуальное консультирование;
 - обучение в домашних условиях;
 - создаются подготовительные классы при специальных школах.
69. Выберите один правильный ответ: Получить среднее и высшее специальное образование может:
- любой выпускник специальной школы;
 - выпускник специальной школы, имеющий сохранный интеллект и высокий уровень подготовки;
 - высокоодаренный выпускник специальной школы.
70. Выберите один правильный ответ: Образование детей с интеллектуальными нарушениями ориентировано на:
71. а) развитие высших психических функций;
72. б) формирование трудовых и профессиональных умений и навыков;
73. в) формирование коммуникативных умений и навыков и профилактику негативных личностных проявлений.
74. Выберите один правильный ответ: Дети с нарушениями интеллекта – это:

- а) дети со значительными речевыми нарушениями;
 б) дети с олигофренией;
 в) со сложной структурой дефекта.
- 75.** Закончите фразу: Термин «олигофрения» означает... [органическое, диффузное поражение коры головного мозга, возникшее во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка].
- 76.** Выберите один правильный ответ: Деменция – это:
 а) состояние после перенесенного инфекционного заболевания;
 б) приобретенное слабоумие;
 в) умственная отсталость.
- 77.** Выберите один правильный ответ: Первичные нарушения при олигофрении это:
 а) снижение интеллекта;
 б) снижение слуха;
 в) снижение зрения.
- 78.** Закончите фразу: Наиболее глубоко исследовал слабоумие в начале XX века русский психиатр ... [Г.Я. Трошин].
- 79.** Выберите правильный ответ: Впервые термины «задержка психического развития» и «олигофрения» ввел немецкий психиатр:
 а) Эмиль Крепелин;
 б) Вильгельм Гризингер;
 в) Карл Зегерт.
- 80.** Соотнесите временные периоды с деятельностью отдельных ученых западной Европы по изучению умственной отсталости и сходных состояний:
 1. XVIII в. = 1. Филипп Пинель;
 2. XIX в. = 2. Жан-Этьен-Доминик Эскироль, 2. Жан Итар.
 3. XX в. = 3. Э. Крепелин, 3. Ж. Демор.
- 81.** Выберите правильный ответ: Приюты для глубоко умственно отсталых детей впервые в России были открыты:
 а) Е.К.Грачевой;
 б) М.П.Постовской;
 в) В.П.Кащенко.
- 82.** Закончите фразу: Умственная отсталость – это... [стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, а также эмоционально-волевой и поведенческой сфер, обусловленное органическим поражением коры головного мозга, имеющим диффузный характер].
- 83.** Выберите правильный ответ: Согласно международной классификации (МКБ 10), выделяют четыре формы умственной отсталости:
 а) легкую, умеренную, тяжелую, глубокую;
 б) легкую, среднюю, глубокую, тяжелую;
 в) легкую, выраженную, среднюю, глубокую.
- 84.** Соотнесите правильно методы обучения умственно отсталых детей со средствами их реализации:
 • Наглядные = демонстрация, экскурсия, наблюдения; технические средства обучения ТСО;
 • Практические = изготовление поделок, рисунки, аппликации; Словесные = рассказ, беседа, диалог.
- 85.** Закончите фразу: Практические методы это... [упражнения (устные и письменные), лабораторные работы, работы в мастерских, на пришкольном участке].
- 86.** Закончите фразу: Каждый урок специальной (коррекционной) школы решает следующие задачи... : [дидактическую, воспитательную, коррекционную].
- 87.** Выберите один правильный ответ: Какие типы уроков рекомендуют дидакты для вспомогательной школы?

- а) урок сообщения новых знаний, повторительно-обобщающий урок, урок формирования и закрепления умений и навыков (практический); контрольно-учетный урок, комбинированный;
- б) вводный, обобщающий, контрольный, пропедевтический, систематизации и обобщения знаний;
- в) урок усвоения новых знаний, урок контроля и коррекции знаний, умений.
- 88.** Закончите фразу: Проверка знаний учащихся выполняет следующие функции... [обучающая функция, воспитывающая, диагностико-прогностическая, оценочная].
- 89.** Закончите фразу: Виды контроля в специальной школе VIII вида... [текущий, периодический, итоговый].
- 90.** Закончите фразу: Контроль знаний умственно отсталых детей осуществляется методами... [устного опроса, письменной работы, практических работ, наблюдение, программированный контроль].
- 91.** Закончите фразу: Воспитание – это... [целенаправленная, содержательная профессиональная деятельность педагога, способствующая максимальному развитию личности ребенка, находящегося в контакте с окружающей действительностью в различных ее проявлениях].
- 92.** Закончите фразу: Основными направлениями воспитательной работы во вспомогательной школе являются... [формирование у учащихся гражданских и нравственных качеств, сознательной дисциплины, социальной и правовой защищенности; развитие физкультуры и здорового образа жизни; эстетическое развитие, развитие интеллектуальных способностей].
- 93.** Закончите фразу: Принципы воспитательной работы с умственно отсталыми школьниками... [оптимистическая перспективность воспитательного процесса, принцип коррекционно-развивающего характера воспитания, комплексного подхода и продуктивного анализа данных на воспитанника, индивидуального и дифференцированного подхода, требовательности, сочетаемой с уважением личности].
- 94.** Соотнесите содержание работы с исследователями.
1. Психометрическое направление в изучении интеллектуальной недостаточности = 1. А. Бинэ, 1. Т. Симон.
 2. Психолого-педагогическое и социологическое направление в изучении интеллектуальной недостаточности = 2.. Ж. Филипп, П. Бонкур.
 3. Анатомо-морфологическое и этиологическое направления в изучении интеллектуальной недостаточности = 3. В. Гризингер, В. Айрленд, Б. Морель, Э. Крепелин.
- 95.** Центральным вопросом специальной психологии является проблема:
- 96.** а) компенсация функций;
б) общения;
в) творческого развития;
г) профессиональной адаптации.
- 97.** Объектом современной специальной психологии является:
- а) изучение психики лиц с отклонениями в развитии;
 - б) воспитание лиц с отклонениями в развитии;
 - в) обучение и профессиональная ориентация лиц с отклонениями в развитии;
 - г) все ответы верны.
- 98.** Деградация некоторой функции, ее возврат на более низкий уровень развития:
- а) декомпенсация;
 - б) регресс;
 - в) эйфория;
 - г) инфантилизм.

99. Какое из нижеперечисленных определений соответствует данному высказыванию: «психология особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп фактов, проявляющихся в замедленном или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его адаптацию, обучение и профессиональное самоопределение»:
- а) возрастная психология;
 - б) клиническая психология;
 - в) специальная психология.
100. Что из перечисленного не является параметром дизонтогенеза:
- а) время поражения;
 - б) нарушение межфункциональных взаимодействий;
 - в) нарушение познавательной деятельности;
 - г) структура дефекта.

3.4. Материалы к экзамену. Теоретические вопросы и практические задания.

Теоретические вопросы

1. Предмет специальной психологии, ее задачи, связь с другими науками
2. Историческая последовательность формирования знаний об отклонениях в развитии.
3. Основные отрасли современной специальной психологии. Систематизация задач специальной психологии (по В.И. Лубовскому).
4. Роль и значение Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии.
5. Современное состояние специальной психологии. Предметное поле исследований в белорусской специальной психологии.
6. Основные условия нормального психического развития (по А.Р. Лурии).
7. Классификация детей с особенностями психофизического развития в зависимости от вида оказания им помощи в Республике Беларусь.
8. Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10).
9. Современные классификации В.В. Лебединского, Т.В. Семенович, М.М. Семаго.
10. Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития
11. Психосоциальные факторы отклоняющегося развития.
12. Опосредующие факторы: преимущественная локализация вредоносного воздействия, его интенсивность, экспозиция, частота, собственные свойства индивида, качество оказываемой помощи.
13. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием.
14. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. Значимость теории П.Я. Гальперина для специальной психологии.
15. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского о происхождении человеческой психики.
16. Сензитивные периоды в развитии. Идеи Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка.
17. Теория А.Р. Лурии о мозговой организации высших психических функций. Значение теории А.Р. Лурии для специальной психологии.
18. Теория социализации и социального влияния. Сущность, условия и критерии социализации.
19. Философские и общепсихологические принципы, используемые специальной психологией.
20. Специфичные принципы специальной психологии.
21. Методы изучения в специальной психологии.
22. Общие в норме и при дизонтогенезе закономерности развития.

23. Модально-неспецифические закономерности развития при дизонтогенезе.
24. Модально-специфические закономерности развития при дизонтогенезе.
25. Основные параметры дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому).
26. Понятие о структуре нарушенного развития. Представление о первичном (ядерном), вторичном (системном), третичном (неспецифическом) дефекте в психическом развитии.
27. Понятие «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
28. Культуральная и социальная депривации.
29. Сенсорная депривация.
30. Коммуникативная депривация.
31. Материнская депривация.
32. Депривация и нарушенное развитие.
33. Социально-психологическая реабилитация и абилитация.
34. Понятие о компенсаторных феноменах. Уровни реализации компенсаторных процессов.
35. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы. Понятие «коррекция».
36. Становление ребенка с ОПФР как субъекта социальной среды.
37. Характеристика семей, воспитывающих детей с ОПФР (по Л.М.Шипициной).
38. Отношение родителей к ребенку с отклонениями в развитии (по В.С.Соммерсу).
39. Олигофрения – форма тотального психического недоразвития. Структура дефекта.
40. Степени олигофрении, их психологическая характеристика.
41. Клинико-патогенетическая классификация Г.Е.Сухаревой. Классификация М.С.Певзнер.
42. Органическая деменция. Этиология. Виды органической деменции по этиологическому критерию.
43. Систематика органической деменции исходя из критерия динамики болезненного процесса: резидуальная и прогрессирующая. Структура дефекта.
44. Различия в динамике деменции и олигофрении.
45. Понятие «задержка психического развития». Этиология. Структура дефекта (по Е.С.Слепович).
46. Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С.Лебединской.
47. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции: психологическая характеристика, перспективы преодоления.
48. Систематика нарушений сенсорной сферы. Этиология. Взаимосвязь степени выраженности сенсорного дефекта от времени его возникновения. Структура дефекта. Специфика компенсаторных процессов.
49. Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Этиология ДЦП. Формы ДЦП (по К.А. Семеновой). Структура дефекта.
50. Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Характерные признаки проявления РДА.
51. Классификация РДА по степени тяжести. Структура дефекта (по В.В. Лебединскому).
52. Психопатия как форма дисгармонии личности. Этиология.
53. Виды психопатий по происхождению: ядерные, краевые, органические.
54. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы (по О.В. Кербикову). Структура дефекта (по В.В. Лебединскому).

Практические задания

1. Определите тип дизонтогенеза, используя следующую схему: а) внимательно прочитайте описание частного случая нарушения; б) вычлните основные параметры представленного нарушения; в) сопоставьте их с характеристикой всех шести типов дизонтогенеза; г) сделайте вывод и назовите тип дизонтогенеза; д) обоснуйте свой

выбор - Данный тип дизонтогенеза связан с тяжёлыми нарушениями отдельных анализаторных систем, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний.

2. Определите тип дизонтогенеза, используя следующую схему: а) внимательно прочитайте описание частного случая нарушения; б) вычлените основные параметры представленного нарушения; в) сопоставьте их с характеристикой всех шести типов дизонтогенеза; г) сделайте вывод и назовите тип дизонтогенеза; д) обоснуйте свой выбор - *Первичный дефект ведёт к недоразвитию функций, связанных с повреждёнными анализаторными системами наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом.*
3. Определите тип ЗПР, используя следующую схему: а) внимательно прочитайте описание частного случая ЗПР; б) определите причины данной ЗПР; в) обратите внимание на все этапы анамнеза, особенности познавательной и эмоционально-волевой сферы; г) обобщите вычлененную информацию, сделайте вывод и назовите тип ЗПР; д) обоснуйте свой выбор - *Настя В., 7 лет, ученица 1 класса. Девочка родилась от первой беременности. Беременность протекала с угрозами. Роды в срок, но тяжелые, девочка перенесла асфиксию средней тяжести, в течение месяца была в условиях стационара. Голову начала держать в 5 месяцев, сидеть – в 7 месяцев, ходить – в 1,5 года. Первые слова появились 1,5 года, элементарная фраза в 2,5 года, фразовая речь после 3 лет. По физическому развитию девочка соответствует паспортному возрасту, в неврологическом статусе – лёгкая рассеянная микросимптоматика. На уроках Насте трудно сосредоточиться, внимание неустойчивое. Особенности памяти: медленно запоминает даже небольшой по объёму материал; плохо сохраняет и воспроизводит информацию; механическая память развита лучше. Особенности мышления: затруднения в выполнении всех мыслительных операций (особенно анализа и классификации). Нарушения анализа наблюдаются и на уровне фонематического слуха. Словарный запас маленький. В контакт и с детьми, и со взрослыми вступает легко, доброжелательна, отзывчива, трудолюбива.*
4. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с задержкой психического развития.
5. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с легкой интеллектуальной недостаточностью.
6. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с умеренной интеллектуальной недостаточностью.
7. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью.
8. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с деменцией.
9. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
10. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с нарушениями слуха.
11. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с нарушениями зрения.
12. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с психопатией.
13. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с ранним детским аутизмом.
14. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью.
15. Составьте программу изучения познавательной деятельности детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

16. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с задержкой психического развития.
17. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с легкой интеллектуальной недостаточностью.
18. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с умеренной интеллектуальной недостаточностью.
19. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью.
20. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с ранним детским аутизмом.
21. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
22. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с нарушениями слуха.
23. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с нарушениями зрения.
24. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с психопатией.
25. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития.
26. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью.
27. Разработайте рекомендации для родителей, воспитывающих детей с деменцией.

4. Вспомогательный раздел ЭУМК

Перечень учебных изданий, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины

4.1. Основная литература

1. Специальная психология : учебник для студентов учреждений высшего образования по педагогическим и психологическим специальностям / под ред. Е. С. Слепович, А. М. Полякова. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 527 с.
2. Кухтова Н. В. Специальная психология : курс лекций / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2016. — 160 с.
3. Систематика терминологического аппарата педагогики в условиях парадигмальных изменений как фактор обновления содержания педагогического образования : монография / А. И. Жук [и др.]; под науч. ред. А. В. Торховой, О. Б. Даутовой. — Минск : БГПУ, 2019. — 308 с.
4. Организационно-методические аспекты осуществления персонального сопровождения обучающихся с расстройствами аутистического спектра в условиях учреждения образования : методические рекомендации / Н. И. Бумаженко [и др.] ; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный университет имени П. М. Машерова", Кафедра коррекционной работы. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2021. — 53 с.
5. Коноплева А. Н. Коррекция познавательной деятельности у детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью : пособие для педагогов. — Минск : Народная асвета, 2021. — 189, [2] с.

4.2. Дополнительная литература

1. Специальная психология : Учеб. пособие для студ. дефектолог. фак. вузов / Под ред. В. И. Лубовского. — М. : Академия, 2003. — 464 с.
2. Усанова О. Н. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. психологии. — Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2008. — 400 с.
3. Панфилова А. П. Тренинг педагогического общения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по спец. 031000 (050706) - Педагогика и психология. — 2-е изд., испр. — Москва : Академия, 2008. — 336 с.
4. Психологический тренинг в группе : игры и упражнения : учеб. пособие / авт.-сост. : Т. Л. Бука, М. Л. Митрофанова. — Москва : Изд-во Института психотерапии, 2005. — 142 с.
5. Лабунская В. А. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. "Психология". — Москва : Академия, 2001. — 288 с.
6. Лидерс А. Г. Психологический тренинг с подростками : учеб. пособие для студ., обуч. по психол. специальностям. — Москва : Академия, 2001; 2003. — 256 с. — (Высшее образование). — Библиогр.:с.219.
7. Методы практической социальной психологии: Диагностика. Консультирование. Тренинг: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обуч. по напр. и спец. психологии / под ред. Ю. М. Жукова. — Москва : Аспект Пресс, 2004. — 256 с.
8. Станкин М. И. Психология общения : курс лекций : учеб. пособие / РАО ; МПСИ. — 2-е изд., испр. — Воронеж : МОДЭК, 2003. — 334 с.
9. Большаков В. Ю. Психотренинг : Социодинамика. Упражнения. Игры. — Санкт-Петербург : Социально-психологический центр, 1996. — 381 с.
10. Васильев Н. Н. Тренинг преодоления конфликтов. — Санкт-Петербург : Речь, 2002. — 174 с.
11. Инклюзивное образование [Электронный ресурс] : пособие для тренера : модули для администрации школ, педагогов, родителей и детей / Представительство Корпорации "ChildFund International (USA)" в Республике Беларусь. — Электрон. дан. — Минск : Услуга, 2015. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM PC ; Windows ; процессор класса Pentium и выше ; 128 Mb RAM ; устройство для чтения CD-ROM.
12. Инклюзивное образование : пособие для тренера : модули для администрации школ, педагогов, родителей и детей / Представительство Корпорации "ChildFund International (USA)" в Республике Беларусь. — Минск : Услуга, 2015. — 248 с.
13. Парыгин Б. Д. Анатомия общения : учеб. пособие. — Санкт-Петербург : Изд-во Михайлова В. А., 1999. — 301 с. — Библиогр.: с. 293-300.
14. Практикум по социально-психологическому тренингу / ред. Парыгин Б. Д. — 3-е изд., испр. и доп. — Санкт-Петербург : Изд-во Михайлова В.А., 2000. — 352 с.
15. Сенько Т. В. Психология взаимодействия : учеб. пособие Ч. 2 : Диагностика и коррекция личностного поведения. — Минск : Карандашев, 1998. — 272 с.
16. Хитрюк В. В. Инклюзивное образование: тренинги в работе с родителями : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям профиля А - Педагогика / М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка". — Минск : БГПУ, 2018.
17. Хитрюк В. В. Основы инклюзивного образования : практикум для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям: 1-01 01 01 Дошкольное образование; 1-01 02 01 Начальное образование; 1-03 04 01 Социальная педагогика. — 2-е изд. — Мозырь : Белый Ветер, 2015. — 140 с.

18. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса / Пер. с англ. Л. Царук. — СПб. : Питер, 1999. — 224 с.
19. Игры - обучение, тренинг, досуг... : сборник в 4 кн. / ред. В. В. Петрусинский. — Москва : Новая школа, 1994. — 368 с.. — Библиогр.: с. 354-356. — Содерж.: Кн. 1: Игры для интенсивного обучения; Кн. 2: Игры для активного отдыха; Кн. 3: Коммуникативно-лингвистические игры; Кн. 4: Психотехнические игры.
20. Игры - обучение, тренинг, досуг... Кн. 5 : Педагогические игры / ред. В. В. Петрусинский. — Москва., 1994. — 136 с.
21. Уроки добра и красоты : метод. пособие для учителей и руководителей школ / Смоленский обл. ин-т усовершенствования учителей ; сост. Л. Г. Потанина, Н. Е. Щуркова. — Смоленск., 1995. — 103 с.
22. Смит М. Дж. Тренинг уверенности в себе : Пер. с англ. — СПб. : Комплект, 1997. — 244 с.
23. Детский практический психолог : Программы и методические материалы: учеб. пособие для студ. высших пед. учеб. заведений / ред. О. А. Шаграева, С. А. Козлова. — Москва : Академия, 2001. — 256 с.
24. Шапарь В. Б. Практическая психология. Инструментарий : Учеб. пособие для вузов. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2002. — 688 с.
25. Калинина Р. Р. Тренинг развития личности дошкольника: занятия, игры, упражнения. — 2-е изд., доп. и перераб. — Санкт-Петербург : Речь, 2001. — 160 с.
26. Паркер Г. Формирование команды : сборник упражнений для тренеров / пер. с англ. Н. Макаровой. — Санкт-Петербург : Питер, 2003. — 160 с.
27. Сидоренко Е. В. Психодраматический и недирективный подходы в групповой работе : методические описания и комментарии. — Санкт-Петербург : Речь, 2002. — 90 с.
28. Петрушин С. В. Психологический тренинг в многочисленной группе : методика развития компетентности в общении в группе от 40 до 100 человек. — 3-е изд. — Москва : Академический проект, 2004. — 255 с.
29. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 256 с.
30. Рай Л. Упражнения. Схемы и стратегии / [пер. с англ. Е. Г. Ефремовой]. — 2-е изд. — Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2003. — 254 с.
31. Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. — Москва : Эксмо, 2004. — 781 с.