

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Методические указания по выполнению практических работ по дисциплине
«СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЕ
ОБУЧЕНИЕ»**

для студентов по программе специалитета
37.05.01 Клиническая психология
специализация «Патопсихологическая диагностика и
психотерапия»
Учебный план – 2026 г.

Ставрополь, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Тема 1 Введение в специальную психологию.....	7
Тема 2 История становления специальной психологии.....	11
Тема 3 Дефект и компенсация.....	14
Тема 4 Понятие депривации. Проявления депривационных состояний у детей.....	19
Тема 5 Типология отклоняющегося развития. Классификация видов проблемного развития.....	22
Тема 6 Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития.....	29
Тема 7 Основы интегральной диагностики отклоняющегося развития.....	32
Тема 8 Психологическая коррекция детей с проблемами в развитии....	41
Тема 9 Психология лиц с нарушением зрения.....	49
Тема 10 Психологическое развитие у детей с нарушениями слуха.....	56
Тема 11 Особенности развития при детском церебральном параличе.....	63
Тема 12 Задержанное психическое развитие.....	74
Тема 13 Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях.....	81
Тема 14 Особенности развития лиц с умственной отсталостью.....	85
Тема 15 Синдромом раннего детского аутизма.....	91
Тема 16 Особенности развития лиц с синдромом раннего детского аутизма.....	97

ВВЕДЕНИЕ

Цели и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины «Специальная психология и коррекционно-развивающее обучение» - является изучение людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными дефектами формирования нервной системы, и устанавливающая возможности и пути компенсации дефектов различной сложности.

Задачи учебной дисциплины:

- знакомство с теоретико-методологическими основами специальной психологии;
- формирование у студентов личностной готовности к работе с людьми, имеющими проблемы в развитии и стремления к получению знаний по оказанию коррекционной помощи;
- учение использованию полученных знаний в профессиональной деятельности при прохождении учебной практики и в будущей трудовой деятельности в системе социальных институтов.

Компетенции обучающегося, формируемые в результате изучения дисциплины

Код, формулировка компетенции	Код, формулировка индикатора	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), характеризующие этапы формирования компетенций, индикаторов
УК-9 Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	ИД-1 _{УК-9} - оперирует понятиями инклюзивной компетентности, ее компонентами и структурой; понимает особенности применения базовых дефектологических знаний в социальной и профессиональной сферах	Студент знает основные понятия инклюзивной компетентности, ее структуру и компоненты; понимает роль дефектологических знаний в социальной и профессиональной деятельности.
	ИД-2 _{УК-9} - применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах при взаимодействии с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами	Студент умеет применять дефектологические знания в процессе взаимодействия с лицами с ОВЗ и инвалидами в социальной и профессиональной среде.
ПК-2 Способен с опорой на теоретические основы и концептуальный аппарат культурно-исторической психологии проводить психологическую (патопсихологическую и нейропсихологическую) диагностику нарушений	ИД-1 _{ПК-2} – ориентируется в теоретических основах и концептуальном аппарате культурно-исторической психологии и применяет эти знания в контексте диагностики психического развития	Студент ориентируется в теоретических основах культурно-исторической психологии и использует их при проведении диагностики психического развития.
	ИД-2 _{ПК-2} – проводит комплексную психологическую	Студент способен проводить комплексную

психического развития и оценку проблемных форм поведения у детей и взрослых пациентов с различными психическими нарушениями, с учетом этих данных осуществлять планирование психологической помощи	(включая патопсихологическую и нейропсихологическую) диагностику нарушений психического развития у пациентов разного возраста с различными психическими расстройствами	психологическую диагностику нарушений развития у пациентов разного возраста.
	ИД-3_{ПК-2} – проводит всестороннюю оценку проблемных форм поведения, выявляя их причины и взаимосвязи с нарушениями психического развития	Студент умеет оценивать проблемные формы поведения, устанавливать их причины и связь с нарушениями развития.
	ИД-4_{ПК-2} – учитывает индивидуальные, возрастные и социокультурные особенности пациентов при проведении диагностики и оценке проблемного поведения	Студент учитывает индивидуальные, возрастные и социокультурные факторы при диагностике и оценке поведения.
	ИД-5_{ПК-2} – на основе результатов диагностики и оценки проблемных зон поведения способен разрабатывать индивидуальные планы психологической помощи, учитывающие специфику выявленных нарушений и проблем	Студент разрабатывает индивидуальные планы психологической помощи на основе данных диагностики.
ПК-3 Способен реализовывать в профессиональной деятельности основные виды клинико-психологических вмешательств (психологического консультирования, психокоррекции, психологической реабилитации и психотерапии), владея необходимой теоретической базой, осуществлять сбор и анализ информации для определения целей клинико-психологической помощи, разрабатывать программы клинико-психологической помощи с учетом	ИД-1_{ПК-3} – ориентируется в теоретических основах, моделях и методах различных видов клинико-психологических вмешательств (консультирование, коррекция, реабилитация, психотерапия)	Студент знает теоретические основы и методы основных видов клинико-психологических вмешательств.
	ИД-2_{ПК-3} – осуществляет целенаправленный сбор и системный анализ диагностической и анамнестической информации для точного определения целей и задач индивидуальной или групповой клинико-психологической помощи	Студент умеет собирать и анализировать информацию для определения целей психологической помощи.
	ИД-3_{ПК-3} – разрабатывает персонализированные и комплексные программы клинико-психологической помощи, учитывая психологическую принадлежность, синдромальные	Студент способен разрабатывать индивидуальные программы помощи с учетом множества факторов.

нозологических, синдромальных, индивидуально-психологических характеристик, а также социального контекста и возраста пациента, формулировать практические задачи клиничко-психологической помощи	проявления, индивидуально-психологические особенности, возраст и социальный контекст пациента	
	ИД-4_{ПК-3} – четко и операционально формулирует конкретные прикладные задачи, направленные на достижение целей клиничко-психологической помощи в рамках разработанной программы	Студент формулирует конкретные задачи в рамках программы психологической помощи.
	ИД-5_{ПК-3} – эффективно применяет на практике выбранные методы психологического консультирования, психокоррекции, психологической реабилитации и психотерапии в соответствии с разработанной программой	Студент применяет на практике методы психологического вмешательства в соответствии с программой.
ПК-6 Способен осуществлять сбор и анализ информации для определения целей психологических модулей реабилитационных программ, участвовать в разработке реабилитационных программ с учетом нозологических, синдромальных и индивидуально-психологических характеристик, а также социальных позиций и возраста пациента, проводить оценку результативности, эффективности программ клиничко-психологической реабилитации и/или сопровождения, осуществлять их адаптацию с учетом нозологических, синдромальных и индивидуально-психологических характеристик и	ИД-1_{ПК-6} – целенаправленно собирает и системно анализирует информацию, необходимую для определения конкретных целей психологических модулей в составе реабилитационных программ	Студент умеет собирать и анализировать информацию для определения целей психологических модулей реабилитации.
	ИД-2_{ПК-6} – активно участвует в разработке комплексных реабилитационных программ, обеспечивая учет нозологических, синдромальных, индивидуально-психологических характеристик, социальных позиций и возраста пациента при формировании психологического компонента	Студент участвует в разработке реабилитационных программ с учетом комплекса характеристик пациента.
	ИД-3_{ПК-6} – проводит объективную оценку результативности и эффективности программ клиничко-психологической реабилитации и/или сопровождения	Студент оценивает результативность и эффективность реабилитационных программ.
	ИД-4_{ПК-6} – адаптирует существующие реабилитационные программы, модифицируя их с учетом изменяющихся нозологических, синдромальных, индивидуально-психологических характеристик	Студент адаптирует реабилитационные программы в соответствии с изменяющимися потребностями пациента.

возраста пациента, проводить супервизию реабилитационных программ	и возраста пациента для повышения их эффективности	
	ИД-5 _{ПК-6} – проводит супервизию реабилитационных программ, реализуемых другими специалистами, с целью обеспечения их качества, соответствия нормативно-правовым документам и оптимизации процесса	Студент способен проводить супервизию реабилитационных программ для обеспечения их качества и соответствия стандартам.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

- навыки планирования психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально - демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик,
- основные концепции специальной психологии, ее типологию и структуру; круг задач, решаемых специальной психологией на современном этапе; специфические принципы и методы специальной психологии;
- структуру дефекта, понимать сущность, механизмы и принципы компенсации, а также основные научные позиции по этому вопросу;
- основные факторы и условиями возникновения и влияния депривации на психическое развитие;
- классификацию видов проблемного развития;
- теоретические и методологические проблемы психологической коррекции детей и подростков; закономерности и особенности развития лиц с различными нарушениями.

Уметь:

- проводить углубленное психологическое обследование;
- осуществлять сбор анамнестических данных и постановку психологической гипотезы;
- выполнять технологии проведения психологического обследования и его основные разделы;
- осуществлять процедуру постановки психологического диагноза; составлять прогноз и разрабатывать рекомендации по развитию и коррекции; оставлять психологическое заключение.

Владеть:

- владением навыками планирования психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально- демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик, умением формировать комплекс психодиагностических методов, адекватных целям исследования, определять последовательность (программу) их применения
- способностью и готовностью к использованию системы категорий и методов, необходимых для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности
- умением формировать комплекс психодиагностических методов, адекватных целям исследования, определять последовательность (программу) их применения
- системой понятий, характеризующих отличия в системах психологических гипотез и психологических методов;
- коммуникативной компетентностью для установления необходимых доверительных отношений с участниками исследований; быть готовым к их самостоятельному

выполнению.

Практическое занятие №1

Тема: Введение в специальную психологию.

Цель:получить общее представление о круге задач, решаемых специальной психологией на современном этапе, выделить специфические принципы и методы специальной психологии.

Знания и умения к использованию системы категорий и методов, необходимых для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности студента (ОК-4);

Актуальность темы занятия обусловлена тем, что знания основных понятий специальной психологии необходимы для выполнения профессиональных задач.

Теоретическая часть

Специальная психология – специфическая отрасль психологии, исследующая закономерности и особенности психической деятельности лиц с различными отклонениями в психофизическом развитии.

Возникновение специальной психологии 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.

Специальную психологию можно определить как психологию особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы) и проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

В центре внимания специальной психологии — дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также лица старшего возраста, имеющие особые потребности в образовании, обусловленные нарушениями здоровья. Основной целью специального психологического

сопровождения в системе образования является выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с недостатками в психофизическом развитии и их возможностями. Специальная психология содержит те знания, которые могут служить методической базой по созданию условий для оптимальной социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение выпускников специальных образовательных учреждений.

Задачи специальной психологии:

- выявление общих и специфических закономерностей психического развития аномального ребенка в сравнении с нормально развивающимся ребенком;
- изучение особенностей развития отдельных видов познавательной деятельности людей с различными типами нарушений;
- изучение закономерностей развития личности человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности;
- разработка диагностических методик и способов психологической коррекции различных типов нарушений психического развития;
- изучение психологических проблем интеграции и интегрированного обучения;
- психологическое обоснование наиболее эффективных путей и методов педагогического воздействия на психическое развитие детей и взрослых с различными типами нарушений.

Наличие любого дефекта (аномалии, нарушения) в психофизическом развитии индивида отражается в своеобразии и особенностях психофизического развития ребенка и требует особых для каждого ребенка условий и коррекционно-педагогических приемов для формирования его личности, познавательной и эмоционально-волевой деятельности, социального поведения. Специальная психология, таким образом, органично стыкуется с коррекционной педагогикой как психологическая основа обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.

Принципиально важным и необходимым для образования представлений и понятий по специальной психологии является опора на основообразующие знания общей, возрастной и других отдельных отраслей психологии. Содержательно-практическая сторона специальной психологии (психолого-педагогическая диагностика детей с отклонениями в развитии, работа практического психолога в специальных образовательных учреждениях) определяется ее основными задачами: психодиагностики, психокоррекции и психопрофилактики.

На основе такого изучения определяются возможности и пути компенсации дефектов различной сложности, строится система обучения и воспитания людей, имеющих аномалии психического развития.

Отрасли специальной психологии:

- сурдопсихология;
- тифлопсихология;
- олигофренопсихология;

- логопсихология;
- психология лиц с ЗПР;
- психология лиц с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения;
- психология лиц со сложными недостатками развития;
- психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- психология лиц с ПТСР и хроническими соматическими заболеваниями;
- психологи «трудных детей».

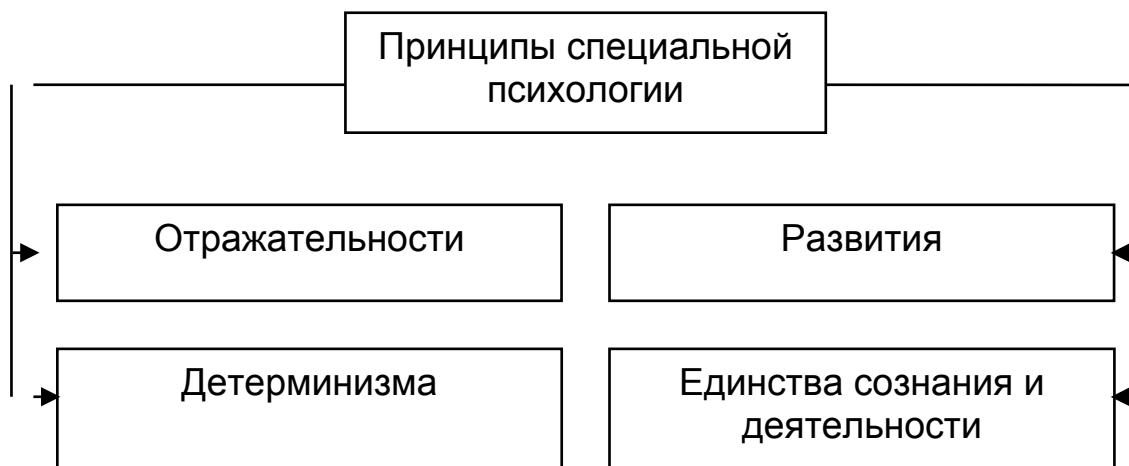
Категориальный аппарат специальной психологии включает себя два блока:

- общепсихологические понятия, отражающие связь специальной психологии с общей психологией в целом: образ, деятельность, сознание, мотив, операция, интериоризация и др.
- класс специальных психологических терминов, заимствованный из смежных научных дисциплин: дизонтогенез, ретардация, компенсация, коррекция, депривация, асинхрония и т.д.

Ключевым понятием специальной психологии является понятие «*высшие психические функции*» как сложные системные образования, социальные по генезу, опосредованные психологическими орудиями, системные по строению, осознанные, динамические по своей организации, произвольные по способу управления.

К основным принципам специальной психологии могут быть отнесены следующие.

Принципы специальной психологии



Вопросы и задания

1. Общая характеристика понятия специальной психологии.
2. Предмет и задачи специальной психологии.
3. Категориальный аппарат и принципы специальной психологии.

4. Отрасли и междисциплинарные связи.
5. Методы специальной психологии.
6. Становление специальной психологии в России и за рубежом.
7. Актуальные проблемы специальной психологии.

Основные понятия: специальная психология, тифлопсихология, сурдопсихология, олигофренопсихология, логопсихология, патопсихология, психопатология, детерминизм.

1. Составьте схему, отражающую междисциплинарные связи специальной психологии.
2. Конспект на тему «Основные этапы формирования отдельных отраслей специальной психологии».
3. Подготовить доклад на тему: Особенности психофизического развития ребёнка с проблемами в развитии.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.
3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
5. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
6. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
7. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

- 1.Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии.- М.,1994.
2. Дефектологический словарь. - М.,1990.
3. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М.1980.
4. Специальная психология : Учеб.пособие под ред. В. И. Лубовского. - М. :Academia, 2003, 464 с.
5. Усанов О.Н. Специальная психология.- М.,1990.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2001

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>

2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Практическое занятие №2

Тема: История становления специальной психологии

Цель: изучить процесс становления и развития специальной психологии как науки в России и за рубежом.

Знания и умения, приобретаемые студентом позволяют использовать системы категорий и методов, необходимых для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности (ОК-4);

Актуальность темы, обусловлена тем, что процесс становления и развития специальной психологии как науки в России и за рубежом важен для решения профессиональных задач.

Теоретическая часть

Развитие клинической медицины, прежде всего детской психоневрологии, оказало свое влияние на становление системы специального (коррекционного) образования, а через него на систему научных представлений в сфере специальной психологии. Клиническая практика, в особенности в области психопатологии детского возраста, офтальмологии и пр., также накапливала весьма богатый эмпирический материал о характеристиках психического развития лиц с различного рода патологией сенсорных, речевых и интеллектуальных функций. Кстати, клинико-психологический и психолого-педагогический подходы в изучении лиц с отклонениями в развитии и по сей день остаются наиболее важными направлениями в современной специальной психологии.

Специальная психология с момента становления формировалась как многоотраслевая дисциплина. Выделение отдельных отраслей специальной психологии, так или иначе, отражало процесс развития системы специального (коррекционного) образования. Первыми отраслями специальной психологии стали психология лиц с нарушениями зрения, слуха и интеллекта, ибо первыми в системе специального образования стали возникать школы для детей именно с такого рода нарушениями в развитии.

В первые два десятилетия XX столетия в России специальная психология переживала период бурного развития. В этом периоде появляются многочисленные публикации как отечественных, так и иностранных авторов, посвященные различным аспектам нарушенного психического развития. В этом ряду отдельно следует отметить фундаментальный двухтомный труд Г.Я.Трошина «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей», опубликованный в 1915 г. В нем впервые экспериментально доказывалось единство общих законов развития ребенка в норме и патологии.

Первая в России лаборатория психологии аномального детства была открыта в 1926г. Л.С.Выготским при руководимой в то время В.П.Кащенко Медико-педагогической станции Наркомпроса. На ее базе в 1929 г. был

создан Экспериментально-дефектологический институт (ныне Институт коррекционной педагогики РАО).

Особое место в истории становления специальной психологии по праву принадлежит Л.С.Выготскому. Ее бурный расцвет, приходящийся, на начало XX века, требовал определенной завершенности, которую осуществил Л.С.Выготский. Он создал теоретический фундамент науки, позволивший обобщить и упорядочить, привести в систему, имевшийся к тому времени богатый эмпирический материал.

Стратегической задачей Л.С.Выготского было создание концепции культурно-исторического развития, формирования высших психических функций, знакового опосредования, смыслового и системного строения сознания. Именно результаты клинко-психологических исследований Л.С.Выготского составили основу культурно-исторической теории развития психики, являющейся базой для отечественной специальной психологии.

Как общепсихологические, так и клинко-психологические идеи Л.С.Выготского легли в основу для дальнейших исследований в области специальной психологии в течение последующих десятилетий для нескольких поколений отечественных психологов, дефектологов и клиницистов. Известное постановление ЦК ВКПб «О педологических извращениях...» 1936 г. серьезно затормозило развитие психологии в нашей стране. Были закрыты целые разделы данной науки. В этот весьма непростой период традиции отечественной психологии сохранялись в основном в рамках медицинской и специальной психологии.

Дальнейшая дифференциация системы специального (коррекционного) образования приводит к появлению новых отраслей специальной психологии. Помимо традиционных ее разделов, связанных с изучением психического развития в условиях выраженных нарушений зрения, слуха и интеллекта, постепенно формируются такие ее отрасли, как психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, патологией речи, задержкой психического развития, эмоциональными, характерологическими и поведенческими нарушениями. Фокус исследовательского интереса смещается от грубых форм патологии к пограничным, стертым состояниям. Изменяется и возрастной спектр в изучении нарушений психического развития. На ранних этапах становления специальной психологии в качестве объекта исследования выступали преимущественно дети младшего школьного возраста. Со временем в связи с формированием системы специальных дошкольных учреждений, а также с актуализацией реабилитационной проблематики возникает интерес к другим возрастным категориям - детям дошкольного возраста и взрослым. Это расширяет предметное поле специальной психологии, делая его одновременно все более неопределенным.

Следовательно, предметом специальной психологии является изучение процесса психического развития в неблагоприятных условиях (биологических и социальных). Само же нарушенное развитие, являющееся следствием воздействия этих условий, представляет собой стойкое

изменение параметров актуального функционирования психики и темпов ее возрастной динамики, достоверно отличающихся от средних значений, характерных для данного возраста.

Одной из современных тенденций можно считать включение в специальную психологию феноменов комплексных нарушений процесса развития, а также выявление детей «групп риска» по различным факторам, изучение пограничных состояний, психическое развитие в условиях интегрированного обучения. Отсюда возникает повышение интереса к изучению эмоционального и личностного развития, механизмам самосознания, защитным стратегиям.

Наконец, в последнее время мы являемся свидетелями формирования новых отраслей специальной психологии, занимающихся изучением реализации процесса психического развития в условиях аддиктивного поведения, посттравматического стресса, неблагоприятной экологии и одаренности. Актуальными становятся исследования возрастного генеза психики детей эмигрантов и беженцев. Делает свои первые шаги и психология профессиональной деятельности в системе специального образования.

Таким образом, специальная психология представляет сегодня бурно развивающуюся отрасль психологии развития, занимающуюся изучением закономерностей психического генеза в разнообразных неблагоприятных условиях и разрабатывающая инновационные технологии оказания коррекционной и профилактической помощи в системе специального образования.

Вопросы и задания

1. История возникновения специальной психологии, основные этапы ее развития.
2. Становление специальной психологии в России.
3. Концепция культурно-исторического развития Л.С.Выготского
4. Характеристика основных направлений специальной психологии. Ретроспективный анализ.
1. Какой вклад в становление и развитие специальной психологии внесли российские учёные:

Становление и развитие специальной психологии в России

- Е. Маляревский, В. П. Кашенко, Е. К. Грачева, П. И. Ковалевский, А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский, А. С. Грибоедов, А. А. Крогиус
- Г. Я. Трошина
- В. М. Бехтерев
- П. П. Блонский, А. П. Болтунов, М. С. Бернштейн, Г. И. Россолимо, А. Ф. Лазурский, Г. И. Залкинд, А. М. Шуберт, Н. А. Рыбаков, А. П. Нечаев, Г. И. Челпанов, М. О. Гуревич, П. П. Соколов, М. Я. Басов
- Л. С. Выготский

Темы докладов:

1. Специальная психология как многоотраслевая дисциплина.
2. Влияние на формирование специальной психологии в качестве самостоятельной дисциплины экспериментальной психологии во второй половине XIX века.
3. Предмет специальной психологии и сущность нарушенного развития.
4. Взаимосвязь специальной психологии со смежными науками.

Практическое занятие №3

Тема: Дефект и компенсация

Цель: закрепить знания о структуре дефекта, понимании сущности, механизмах и принципах компенсации, а также об основных научных позициях по этому вопросу.

Знания и умения, приобретаемые студентами в результате освоения темы позволят квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Актуальность темы позволяет понять структуру дефекта, механизм и принцип компенсации, а также основные научные позиции по этому вопросу.

Теоретическая часть

Под компенсацией понимается возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. При компенсации функций возможно вовлечение новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении.

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л.С.Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные — имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.).

Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции. «Наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции по сравнению с элементарными». В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, т.е. направление вторичного недоразвития «снизу вверх», то затем, в случае несвоевременно начатой коррекционно-педагогической работы или при ее отсутствии, вторично возникшие явления психического недоразвития, а также

неадекватные личностные установки, вызванные неудачами в различных видах деятельности, нередко начинают занимать ведущее место в формировании негативного отношения к себе, социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все более широкий круг психологических проблем, вторичное недоразвитие начинает оказывать негативное влияние на более элементарные психические функции, т.е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

Отталкиваясь от теории А. Адлера о значении различных «слабостей», недугов, дефектов для повышенного развития других функций, Л.С.Выготский сформулировал основные положения методологии и практики стимулирования компенсаторных процессов у детей и подростков с различными видами психического дизонтогенеза.

Ключевым понятием теории А. Адлера является понятие «комплекса неполноценности», которое формируется у человека, с позиции А.Адлера, благодаря его вечному стремлению к превосходству и которое обеспечивает в конечном счете преодоление имеющихся проблем в развитии.

А.Адлер называет его «вездесущее человеческое чувство неполноценности»: «...противоположность органической недостаточности из желаний, фантазий, снов, т.е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно вывести основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации»

Вслед за А. Адлером Л. С. Выготский подчеркивает, что несмотря на то, что сам дефект есть в большинстве своем факт биологический, ребенок воспринимает его опосредованно, через трудности в самореализации, в занятии соответствующей социальной позиции, в установлении отношений с окружающими и т.п. Другими словами, наличие какого-либо органического дефекта еще не означает «дефективность» ребенка с позиции функциональной нормы развития. Влияние дефекта на самом деле всегда двойственно и противоречиво: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой — служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Как пишет Л. С. Выготский, «этот общий закон одинаково приложим к биологии и психологии организма: минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Компенсация недостаточности или повреждения каких-либо психических функций возможна только непрямым путем (непрямая или психическая компенсация), т.е. за счет создания «обходного пути», включающего либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемные, когда, например, невозможность овладения слепыми оптической системой знаков, лежащих в основе письменной речи, компенсируется осязательным каналом, что делает возможным развитие письменной речи на основе осязательной азбуки (шрифта Брайля). Именно в создании «обходных путей культурного

развития ненормального ребенка» Л.С.Выготский видит «альфу и омегу» лечебной педагогики: «Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации».

На личностном уровне компенсация выступает в качестве одного из защитных механизмов личности', заключающихся в интенсивном поиске, приемлемой замены реальной или мнимой несостоятельности. Наиболее зрелым защитным механизмом является сублимация. В результате запуска данного механизма происходит переключение энергии с неудовлетворенных желаний (особенно сексуальных и агрессивных) на социально одобряемую активность, приносящую удовлетворение.

Учение о сверхкомпенсации дефекта необходимо отграничивать от старой наивно-биологической теории викариата органов чувств. Согласно ей отношения между органами прямо приравниваются к отношениям между парными органами. Осязание и слух якобы прямо компенсируют выпавшее зрение, как здоровая почка заболевшую. Органический минус механически покрывается органическим же плюсом. Фактическое исследование показало, что у слепого ребенка не происходит автоматического повышения осязания или слуха за счет недостатка зрения. Главное в этой теории – понимание того, что всякий дефект не ограничивается изолированным выпадением функции, а влечет за собой радикальную перестройку всей личности.

Современные теории компенсации рассматривают компенсаторные процессы в сфере условно-рефлекторной теории И.П. Павлова. Финальный характер психологических актов, их направленность на будущее выступают уже в самых элементарных формах поведения. При изучении механизмов условных рефлексов обозначается целеустремленность поведения. Среди врожденных рефлексов И.П. Павлов различает особый рефлекс цели. То есть, здесь действует рефлекторный механизм, который принимает видимость целесообразной деятельности, становится понятным в связи с будущим. Павлов прямо формирует значение этого рефлекса для воспитания, его идеи совпадают с учением о компенсации.

Вопросы и задания

1. Понятие о дефекте и его структуре.
2. Понятие о компенсации и коррекции в специальной психологии. Понятие «псевдокомпенсация», «сверхкомпенсация», «декомпенсация».
3. Принципы рефлекторной теории И.П. Павлова как естественнонаучная основа компенсации.

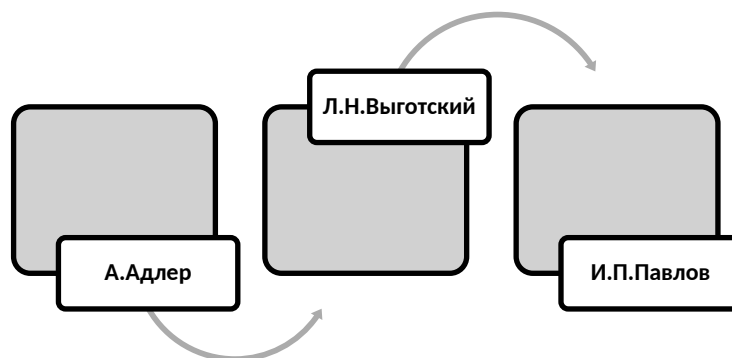
4. Особенности высшей нервной деятельности в условиях аномального развития.
5. Принцип возникновения и протекания компенсаторных функций.
6. Факторы компенсаторного приспособления.
7. Теории компенсации.

Основные понятия: теория «викариата ощущений», первичный дефект, компенсация, санкционирующая афферентация, сигнализация дефекта, высшая нервная деятельность, центральная нервная деятельность, дефект, психика, зона актуального развития, зона ближайшего развития, коррекция.

1. Написать доклад на тему «учение Л.С. Выготского о структуре дефекта и компенсации».
2. Раскройте схему «Факторы компенсации»

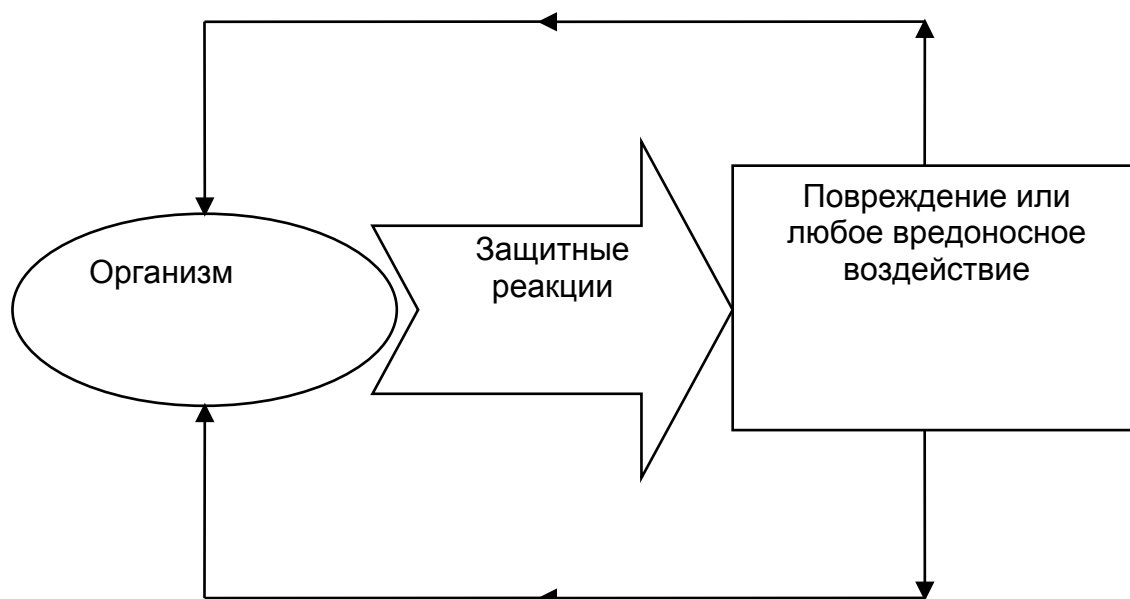


3. Составьте цепочку взаимосвязи теорий А.Адлера, Л.С.Выготского, И.П.Павлова



4. Объясните предложенную схему.

Учение о перекомпенсации в школе индивидуальной психологии



Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.
3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.

5. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
6. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
7. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

- 1.Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии.- М.,1994.
2. Дефектологический словарь. - М.,1990.
3. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М.1980.

4. Специальная психология : Учеб.пособие под ред. В. И. Лубовского. - М. :Academia, 2003, 464 с.
5. Усанов О.Н. Специальная психология.- М.,1990.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2001
7. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей школьного возраста. – М., 1980.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Практическое занятие №4.

Тема: Понятие депривации. Проявления депривационных состояний у детей.

Цель: ознакомить студентов с понятием «депривация», факторами и условиями ее возникновения и влиянием депривации на психическое развитие.

Знания и умения, приобретаемые студентом позволяют квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Актуальность темы занятия: знание проявлений депривационных состояний у детей имеет практическое значение для успешного профессионального становления.

Теоретическая часть

Под психической депривацией понимается состояние, развивающееся вследствие такой жизненной ситуации, где субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его основных (витальных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Проявления психической депривации могут охватывать широкий диапазон личности от легких странностей вплоть до грубых поражений развития интеллекта и характера. И. Лангмейер, З. Матейчек в книге «Психическая депривация в детском возрасте» выделяет 4 формы психической депривации:

1. Сенсорная депривация вытекает из стеснения возможности удовлетворения потребности в познании окружающего мира, получении полной информации по различным каналам (зрительному, обонятельному, слуховому и т.д.).

2. Когнитивная депривация возникает из-за отсутствия удовлетворительных условий для обучения, нахождение в ситуации, которая не позволяет понимать, предвосхищать и регулировать происходящее.

3. Эмоциональная депривация формируется ввиду недостаточности эмоциональных контактов со взрослыми, в частности с матерью. Ребенок не получает опыта эмоционального отклика на свое поведение. Он не получает возможности регулировать свое поведение, перестает доверять своим чувствам.

4. Социальная депривация возникает из-за ограничения возможности усвоения социальных ролей, знакомства с нормами общества.

Одним из факторов социальной депривации является сиротство. В настоящее время феномен социального сиротства стал острой социально-экономической и нравственной проблемой. Тенденция распада института семьи в современной России, следствием чего является неуклонный рост количества социальных сирот, рост детской безнадзорности и беспризорности, преступности приводит к тому, что кризисные явления в социальной сфере продолжают углубляться и достигают опасной черты.

У большинства детей при поступлении в специальные учреждения преобладают дезадаптационные пограничные психические расстройства в форме нарушений поведения (реакции бегства, агрессии, неповиновения), невротических симптомокомплексов (астенодепрессивного, эксплозивнодистимического, истерического). Анализ структуры психической патологии показывает, что наиболее распространены следующие ее формы: задержки темпа психического развития многомерной этиологии, резидуальноорганические психические расстройства (неврозоподобные и психопатоподобные нарушения), проявление минимальной мозговой дисфункции - гипердинамический синдром. Характерно, что все они проявляются у детей, как правило, на фоне соматической ослабленности. Несколько реже отмечаются различные невротические нарушения и патологические черты характера как проявление формирующейся психопатии или патохарактерологического формирования личности вследствие неблагоприятных условий жизни и воспитания. У подростков нарушения психического здоровья часто протекают на фоне акцентуаций характера.

Сиротство разрушает эмоциональные связи ребёнка с окружающей социальной средой, с миром взрослых и сверстников, развивающихся в более благоприятных условиях, и вызывает более глубокие вторичные нарушения физического, психического и социального развития. Помимо последствий органического поражения мозга, отмечаются такие заболевания, как хронический тонзиллит, бронхит, энурезы и пр.

Наиболее тяжёлый след социальное сиротство оставляет в психической жизни ребёнка. Это снижение психического тонуса, нарушение процессов саморегуляции, понижение настроения. У большинства детей развивается состояние повышенной тревоги и неуверенности в себе,

исчезает заинтересованное отношение к миру. Ухудшается эмоциональная регуляция, эмоционально-познавательное взаимодействие, и как результат, тормозится интеллектуальное развитие. Формируется комплекс сложных нарушений эмоциональной сферы: обеднение эмоциональных проявлений, затруднения в общении, вплоть до отсутствия тенденции к сотрудничеству, нарастание пассивности, быстрая утрата побудительных мотивов.

Ведущее значение имеет психотравмирующая ситуация, оказывающая существенное влияние на патологическое развитие. Разрешение самой психотравмирующей ситуации также является главной причиной нормализации личности. Повседневная психотравма как неблагоприятная ситуация выражается в родительской депривации - отсутствии родителей по причине их физического отсутствия или лишения их родительских прав.

Усугубляет это обстоятельство отрицательное отношение к родителям из таких семей окружающих социально благополучных взрослых и сверстников, которое очень часто переносится и на детей, ставит их в положение отвергнутых.

Все эти неблагоприятные условия становятся патогенными факторами для патологического развития личности. В зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, это может спровоцировать у него развитие таких черт характера, как тревожность, ранимость, раздражительность, отгороженность от окружающих.

Госпитализм - синдром психической и физической отсталости, возникающий в первые года жизни ребенка в условиях дефицита общения с близкими взрослыми, в частности в результате помещения в детское учреждение (дом ребенка, больницу, приют и т.п.). Проявление госпитализма - запоздалое развитие движений, особенно ходьбы, резкое отставание в овладении речью, эмоциональная обедненность, бессмысленные движения навязчивого характера (раскачивание тела и т. п.), а также низкие антропометрические показатели, рахит и др. В особо тяжелых случаях госпитализм приводит к психическим заболеваниям (младенческие маразмы), возрастанию частоты инфекционных заболеваний, а иногда и к смерти ребенка. Госпитализм является результатом отсутствия или прерывания главным образом социальных контактов ребенка со взрослыми, поскольку наблюдается даже тогда, когда осуществляется хороший уход и соблюдаются правила санитарии и гигиены.

Вопросы и задания

1. Депривация. Психическая депривация, ее виды.
2. Внутренние и внешние условия депривации.
3. Основные проявления депривационных состояний у детей.
4. Микросоциум ребенка с нарушением развития. Модели отношения к особенным детям в семье.
5. Госпитализм. Проблема развития ребенка в условиях интерната.
6. Влияние социальной депривации на психическое развитие.

7. Возможности профилактики и коррекции нежелательных последствий социальной депривации.

Основные понятия: депривация, психическая депривация, сенсорная депривация, двигательная депривация, социальная депривация, материнская депривация, микросоциум, госпитализм, профилактика.

1. Написать доклад на тему «Психологические особенности работы психолога с аномальными детьми в интернатах и домах ребенка».
2. Составит схему «Модели родительского отношения к ребенку с ограниченными возможностями».
3. Составить схему «Типология социальной депривации».

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме
Основная литература

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
 2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.
 3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
 4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
 5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
-
6. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
 7. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
 8. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

1. Грибанова Г.В. Межличностные отношения между взрослыми и детьми в условиях детского дома // Дефектология. – 1993. - №6.
2. Залюбовский П.М. Сенсорные предпосылки общения человека в условиях слепоты // Дефектология. – 1981. - №2.
3. Малер А.Р. Педагог и семья ребенка-инвалида // Дефектология. – 1995. - №5.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Практическое занятие №5.

Тема: Типология отклоняющегося развития. Классификация видов проблемного развития

Цель: ознакомить студентов с типологией отклоняющегося развития, определить понятие онтогенез и дизонтогенез; рассмотреть классификации видов проблемного развития.

Знания и умения, приобретаемые студентами позволяют овладевать навыками планирования психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик, умением формировать комплекс психодиагностических методов, адекватных целям исследования, определять последовательность (программу) их применения (ПК-6);

Актуальность темы занятия: формирование представлений о основных классификациях отклоняющегося развития, является важной составляющей в процессе профессиональной подготовки.

Теоретическая часть

Определение «степени нормальности» человека — сложная и ответственная междисциплинарная проблема. Личностно ориентированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией как отечественной, так и мировой системы образования на всех его уровнях, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обеспечить «индивидуальную траекторию развития» не только так называемого среднестатистического ребенка, но ребенка, отличающегося яркой индивидуальностью и неповторимостью.

В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека все больше «размывается» и рассматривается в различных значениях.

Статистическая норма — это такой уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно важна на этапе первичной диагностики психического состояния ребенка при определении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т.п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону собственно средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68% лиц данной возрастной категории, пола и

т.д. Имеющиеся качественно-количественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволяют квалифицировать с большей или меньшей точностью наблюдаемые особенности детского развития как индивидуальные варианты нормативного развития или как «отклонения» (так называемая кривая Гаусса). Чем дальше какая-либо характеристика развития человека от зоны средних величин, тем с большим основанием можно квалифицировать данный случай как отклонение

Ориентация на статистическую норму важна прежде всего на этапе выявления недостатков в развитии и определения меры их патологичности, требующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

Функциональная норма. В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом' развития каждого человека. Другими словами, это своего рода индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком, независимо от характера имеющихся у него нарушений. В данном контексте следует признать, что достигнутое состояние только тогда можно считать *нормой*, когда в процессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы наблюдается такое сочетание взаимоотношений личности и социума, при котором личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и при этом в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней социум в зависимости от возраста, пола, уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желаниями и умениями, с одной стороны, и требованиями со стороны социума — с другой.

Идеальная норма — это некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях. Можно сказать, что это высший уровень нормы функциональной.

Переходя к рассмотрению факторов развития необходимо определить такие понятия как нормальное индивидуальное развитие (онтогенез) и аномалии развития. Впервые понятие дизонтогенез употребил Швальбе в 1927 году, обозначив им отклонение внутриутробного формирования структур организма от их нормального развития. Впоследствии термин «дизонтогенез» приобрел более широкое значение. Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный. В отечественной дефектологии применительно к дизонтогениям принят термин *аномалия развития*.

Факторами называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака. В рассматриваемом нами контексте мы должны определить виды воздействий,

влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

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.

Проводящийся регулярно различными службами (медицинскими, психологическими, образовательными, социальными) анализ психофизического и социального здоровья детей показывает прогрессирующий рост численности детей и подростков с различными отклонениями в развитии, здоровых по всем параметрам развития детей становится все меньше. По данным различных служб, от 11 до 70 % от всего детского населения на разных этапах своего развития в той или иной степени нуждаются в специальной психологической помощи.

Основная дихотомия (деление на две части) традиционно идет по линии или врожденности (наследуемости) каких-либо особенностей организма, или их приобретенности в результате средовых воздействий на организм. С одной стороны, это теория преформизма (заданности и предопределенности психосоциального развития человека) с отстаиванием прав ребенка как активного творца своего собственного развития, обеспеченного природой и наследственностью, с другой стороны, сформулированное английским философом XVII в. Джоном Локком представление о ребенке как «чистой доске», на которой окружающая среда может сделать любые записи.

Л. С. Выготский, являющийся выдающимся психологом и дефектологом, основоположником культурно-исторической теории развития психики человека, убедительно доказал, что «врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития — естественный и культурный — совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют, в сущности, единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка».

По времени воздействия патогенные факторы делятся на:

- пренатальные (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 клинико-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.

Каждый из представленных синдромов определяет своеобразие всей совокупности психической феноменологии, целостный ансамбль психической деятельности ребенка, способный адекватно отреагировать на те требования, которые ему предъявляет окружающий мир.

В отечественной психиатрии и психологии выделяются три основные группы собственно психологических синдромов: *недостаточное, асинхронное и поврежденное развитие*, определяемых, в первую очередь, спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития ребенка.

Спецификой вариантов *недостаточного развития* является недостаточность по отношению к средненормативному всех (тотальное, задержанное) или отдельных (парциальное) психических функций, их базовых составляющих. При этом преимущественно страдают, оказываются недостаточно сформированными произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления, которые являются основой развития когнитивной сферы ребенка.

Асинхронное развитие характеризуется нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как отдельных психических функций, так и структуры их базовых составляющих (с преимущественным нарушением базовой аффективной составляющей). В то же время следует отметить, что асинхрония развития присуща и различным категориям других выделяемых групп развития, то есть не является абсолютно специфичной для данной группы отклоняющегося развития.

Основанием выделения группы *поврежденного развития* служит наличие повреждающего влияния на мозг того или иного фактора, искажающего в первую очередь органические основы развития, а вторично (в зависимости от большого количества факторов: локализации, сроков, объема, выраженности, качества повреждения и т.п.) — воздействующего на всю структуру дальнейшего психического развития.

В свою очередь, каждая группа отклоняющегося развития (в соответствии с принципиально отличающимися качественными характеристиками) может быть подразделена на отдельные подгруппы.

Следует также отметить, что для каждого типа, той или иной подгруппы могут быть определены не только такие диагностически важные психологические показатели (критерии), как ***обучаемость, критичность и адекватность***, но и специфичный для них профиль структуры базовых составляющих. Все это позволяет более уверенно относить развитие ребенка к тому или иному типу, на которые, в свою очередь, «расщепляется» каждая подгруппа.

Вопросы и задания

1. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии.
2. Факторы психического развития человека.
2. Онтогенез и дизонтогенез. Виды отклоняющегося развития.
4. Недостаточное. Поврежденное и асинхронное развитие.

Основные понятия: норма, идеальная норма, функциональная норма, фактор, онтогенез, дизонтогенез, психический дизонтогенез,

физический дизонтогенез, ретардация, асинхрония, акселерация, сложная асинхрония

1. Написать доклад на тему «Социальные факторы риска возникновения недостатков в психофизическом и личностно-социальном развитии».
2. Составить схему «Отклоняющегося развития».

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
 2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.
 3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
 4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
 5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
-

6. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
7. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
8. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

1. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
2. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностики и коррекционной работы психолога. М., 2000.
3. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
4. Основы специальной психологии: Учеб. пособие. Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М., 2002.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Практическое занятие №6

Тема: Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития

Цель: изучить варианты онтогенеза психики, рассмотреть синдромы несформированности и дефицитарности отклоняющегося развития.

Знания и умения, приобретаемые студентами позволяют овладевать навыками планирования психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, и индивидуально-психологических характеристик (ПК-6);

Актуальность темы занятия: формирование представлений о нейропсихологических синдромах отклоняющегося развития выступает необходимым условием для развития профессионального самосознания и практической деятельности профессионала-психолога.

Теоретическая часть:

Выделяют 4 синдрома мозговой несформированности: функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга, функциональная несформированность левой височной доли, функциональная несформированность межполушарных взаимодействий, функциональная несформированность правого полушария.

Лобные отделы мозга: основной феномен: склонность к упрощению программы. Внешний контроль повышает эффективность работы. Речевая продукция крайне бедная, снижена обобщающая функция речи, речь примитивна по синтаксису. Основной при данной несформированности - является недостаток саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля за протеканием собственной деятельности.

Левая височная область: отличительной чертой является трудность в звукоразличении, и, как следствие, понимание речи, воспринимаемой на слух. В остальных психических функциях не обнаружены какие-либо значительные дефицитарные отклонения. При чтении проблема в расстановке ударения, чтение плохо интонировано. Письменная речь нарушена в большей степени и зависит от состояния фонематического слуха. В связи со звуковой лабильностью расстраивается самоконтроль за собственной речью.

Межполушарные взаимодействия: данный синдром отличается набором типичных признаков «функциональной автономности» мозговых полушарий: несформированность реципрокной координации рук, обилие реверсий (зеркал.), тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля, несформированность фонематического слуха, нестабильность номинативной функции речи, «краевые» эффекты при исследовании памяти (первый и последний эталон запоминает лучше), использование различных стратегий решения интеллектуальных задач, что производит впечатление одновременного существования двух систем мышления, поскольку в одном и том же эксперименте ребенок может использовать то одну, то другую стратегию.

Правое полушарие: в первую очередь обнаружение недостаточного пространственного представления и нарушения порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов на следах памяти. Нередки предметные парагнозии, дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций. В зрительной памяти нарушения порядка сочетается с обилием параграфий и реверсий. Эталонные образцы видоизменяются и трансформируются до неузнаваемости. Первичная пространственная недостаточность вредоносно сказывается на эффективности письма, счета и чтения в той их части, которая базируется на оптико-пространственном представлении.

При подготовке на второй вопрос важно запомнить, что выделяют следующие синдромы дефицитарности: функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга, функциональная дефицитарность стволовых образований мозга, дисгенетический синдром, атипия психического развития.

Дети с **функциональной дефицитарностью подкорковых образований (базальных ядер) мозга** отличаются выраженной эмоциональной лабильностью, быстрой пресыщаемостью, подчас просто неадекватными реакциями на происходящее. Из биографических данных становится известно, что ребенок практически всегда отличается от своих сверстников: с раннего детства излишне чувствителен, капризен, часто неуправляем в поведении, нередко патологически упрям. У таких детей может отмечаться излишняя полнота, или, напротив, они слишком худы по сравнению со сверстниками; явления энуреза вплоть до 10-12 лет; изменения аппетита и формулы сна. Они быстро истощаются, имеют неустойчивое внимание.

Для детей с **функциональной дефицитарностью стволовых образований мозга** характерно накопление дизэмбриогенетических стигм: лицевые асимметрии, асимметрии глазных щелей, неправильный рост зубов, различного рода дистонии, включающие как гипер-, так и гипотонус в проксимальных и дистальных отделах конечностей (который в процессе выполнения нагрузочных проб имеет тенденцию к асимметричному изменению). Фиксируется обилие пигментных пятен, родинок и т.п. Данные стигматы сочетаются с явлениями дизонтогенеза ритмики мозга (ЭЭГ), специфическими особенностями гормонального и иммунного статуса.

Дисгенетический синдром, наряду с целым рядом нейродинамических и эмоциональных отклонений, включает как латеральные (лево- и правополушарные), так и межполушарные патологические стигматы, которые актуализируются на всех уровнях функционирования вербальных и невербальных психических процессов.

Атипия психического развития - одна из особенностей лиц с наличием фактора левшества. Многочисленные нейробиологические, нейрофизиологические данные подтверждают, что церебральный онтогенез их обладает разнообразными специфическими чертами: не дифференцируются внутри межполушарные связи, они менее

избирательны, выявляется отставание в развитии биоэлектрической ритмики мозга и т.д.

При подготовке на третий вопрос необходимо отметить, что становление межполушарных взаимодействий весьма проблематично при атипии. Вследствие этого традиционны для левшей задержки речевого развития, овладения письмом, чтением: ведь все это требует организованной парной работы полушарий. У них изначально и пожизненно отсутствует упроченная пространственно-временная система координат, что и проявляется в феноменах «зеркальности», «эффектах времени» и т.п.

На практическом занятии рекомендуется использовать следующие формы работы - дискуссия, заполнение таблиц, аннотирование статей, защита сообщений и рефератов.

Вопросы и задания

1. Синдромы несформированности.
 2. Синдромы дефицитарности.
 3. Атипия психического развития
-
1. Составить схему «Нейропсихологические синдромы отклоняющего развития».
 2. Изучив научную литературу, найдите тесты для определения ведущей руки ребенка и проведите на практическом занятии.
 3. Подготовьте сообщение на тему: «Особенности обучения леворуких детей».
 4. Напишите аннотацию к статье Маклаковой Е.А. Особенности психического развития детей-амбидекстров и детей-правшей на различных этапах школьного обучения // Психология XXI века: сб. материалов межвуз. науч.-практ. конф. молодых ученых. - СПб: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2005. - С. 83 - 93.

Темы докладов:

1. Нейропсихологические синдромы девиации развития психики у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.
2. Общая характеристика строения лобных отделов мозга, их функции.
3. Особенности психического развития детей-амбидекстров.
4. Леворукость как психолого-педагогическая проблема.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме **Основная литература**

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.

3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
 4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
 5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
-
6. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
 7. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
 8. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

1. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
2. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностики и коррекционной работы психолога. М., 2000.
3. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
4. Основы специальной психологии: Учеб. пособие. Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М., 2002.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Практическое занятие №7

Тема: Основы интегральной диагностики отклоняющегося развития

Цель: ознакомиться с особенностями диагностической работы с детьми с отклоняющимся развитием.

Знания и умения, приобретаемые студентами позволяют овладевать навыками планирования психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик, умением формировать комплекс психодиагностических методов, адекватных целям исследования, определять последовательность (программу) их применения (ПК-6);

Актуальность темы занятия: знания о интегральной диагностике отклоняющегося развития имеет практическое значение для успешного профессионального становления.

Теоретическая часть

В практике психологической работы существуют различные виды диагностики:

- **скрининговая диагностика**, которая обычно проводится с группой детей или даже с целым классом и направлена на выделение детей, обладающих теми или иными свойствами (группой характеристик), оценивающая постоянство тех или иных психологических свойств у данной группы детей;
- углубленная психологическая диагностика (некоторые авторы разделяют углубленную психологическую диагностику и дифференциальную психологическую диагностику);
- динамическое обследование, с помощью которого прослеживается динамика развития, эффективность обучения, развивающих и/или коррекционных мероприятий;
- итоговая диагностика. Цель последней оценить состояние ребенка «на выходе», в конце определенного этапа его обучения или цикла коррекционной работы.

Углубленная психологическая диагностика проводится после выделения детей, имеющих какие-либо особенности развития (так называемая группа риска по трудностям обучения и школьной дезадаптации в целом) и нуждающихся в дополнительной развивающей или коррекционной работе, то есть в специальной психологической помощи.

Целью психологического обследования является выявление особенностей и уровня актуального развития ребенка, отражающих особенности формирования базовых составляющих психической деятельности, с целью определения путей развивающей и коррекционной работы, адекватных для ребенка вида и формы обучения.

В соответствии с этим можно сформулировать и ряд положений, лежащих в основе интегративного подхода в психологической диагностике:

- построение гипотезы психологического обследования на основе целостного представления о ребенке, с привлечением знаний специалистов различных отраслей психологии, педиатрии, детской психиатрии, медицинской генетики, педагогики, в том числе специальной (коррекционной) педагогики;
- использование в полной степени алгоритма изменения диагностической гипотезы в свете получаемых данных;
- построение процедуры обследования в соответствии с актуальным возрастом, особенностями поведения ребенка, а также с учетом взаимодействия в диаде взрослый — ребенок;
- проведение обследования и анализ полученных результатов с учетом трех основополагающих критериев деятельности ребенка: обучаемости, адекватности, критичности;

— использование методического аппарата, адекватного целям и гипотезе обследования, с учетом процедурных особенностей, позволяющих получать многофакторную (многофункциональную) информацию за счет технологии предъявления;

— анализ получаемых данных с применением технологий интегративной оценки результатов, дающий максимальную информацию не только о специфике развития и формирования различных функций и систем на феноменологическом уровне, но и позволяющего выявить комплекс и иерархию причин, приводящих к данному варианту развития;

— психолого-педагогическая квалификация уровня актуального развития ребенка с выходом на тип и структуру развития, постановка психологического диагноза.

Общая структура проведения углубленного психологического обследования представляет собой ряд последовательных этапов, объединенных идеей получения максимального количества информации, которая даст возможность:

- адекватно проанализировать результаты;
- поставить психологический диагноз;
- определить вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка;
- сформулировать адекватные типу развития, эффективные рекомендации по комплексному сопровождению ребенка в рамках образовательного пространства.

Диагностическая процедура включает в себя:

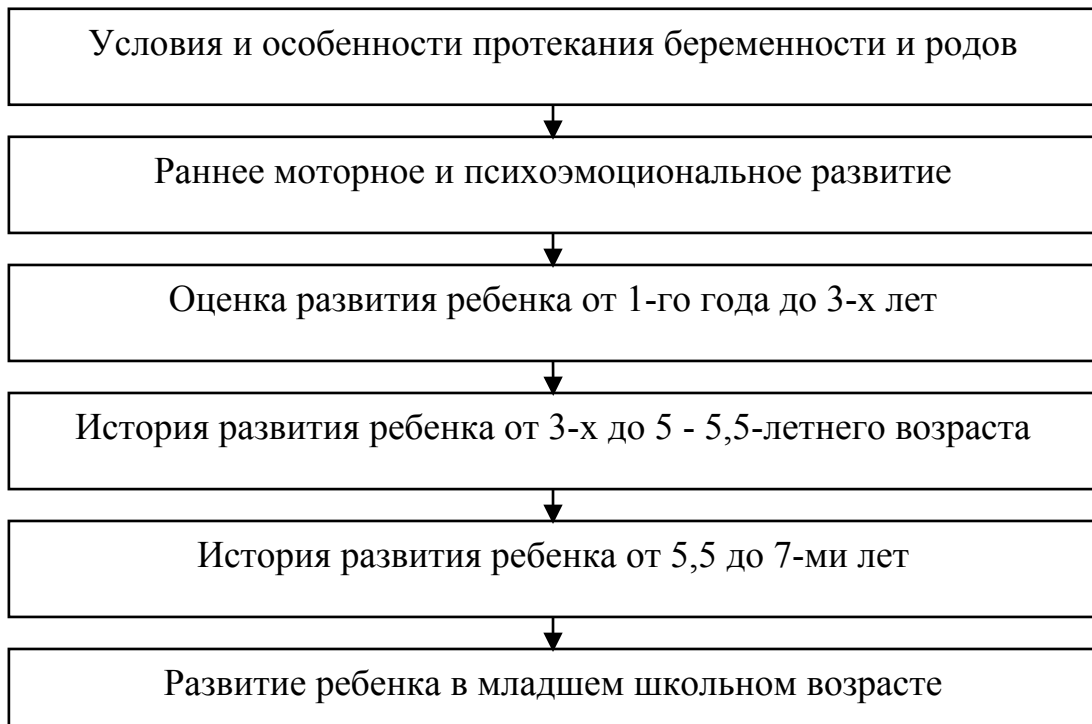
- 1) выяснение жалоб и трудностей ребенка, констатируемых родителями или педагогами;
- 2) ознакомление с имеющейся информацией и сбор психологического анамнеза;
- 3) собственно психологическое обследование;
- 4) экспресс-анализ результатов (в том числе подтверждение или коррекция диагностической гипотезы), проводимый, естественно, в процессе самой диагностики, позволяющий провести первичное консультирование родителей или педагогов непосредственно после обследования;
- 5) полный анализ полученных результатов, постановка психологического диагноза;
- 6) составление заключения с формулированием психологического диагноза, вероятностным прогнозом дальнейшего развития ребенка и рекомендациями по комплексному сопровождению ребенка в образовательном пространстве.

Психологический анамнез. В соответствии с принципами интегративной диагностики сбор психологического анамнеза является, с одной стороны, неотъемлемой частью построения психологической диагностической гипотезы, с другой — представляет из себя систему объективных данных, позволяющих предположить причину возникновения того или иного варианта отклоняющегося развития.

Сбор психологического анамнеза, безусловно, может опираться на уже известные факты из истории развития ребенка (например, факты, описанные

врачом, то есть медицинский анамнез). Однако сбор психологического анамнеза имеет свои цели и задачи и представляет собой достаточно специфический набор «тем», по поводу которых ведется беседа. В случае детально прописанного врачебного анамнеза не имеет смысла повторять вопросы, ранее заданные врачом, а следует лишь детализировать интересующие психолога этапы и специфику развития.

Составляющие психологического анамнеза в детском возрасте



В комплексе углубленного психологического обследования целесообразно изучение следующих компонентов:

- специфику внутрисемейных отношений и эмоциональных взаимоотношений, графическая деятельность, ее сформированность (рисуночные тесты);
- объем и темп слухоречевого запоминания;
- исследование особенностей наглядно-действенного, наглядно-образного и логического мышления, динамики мыслительной деятельности;
- сформированность пространственных представлений;
- характеристики внимания и сформированность произвольной регуляции собственной деятельности;
- особенности моторики, определение ведущей руки;
- изучение уровня притязаний и эмоционально-личностных особенностей.

Анализ результатов психологической диагностики

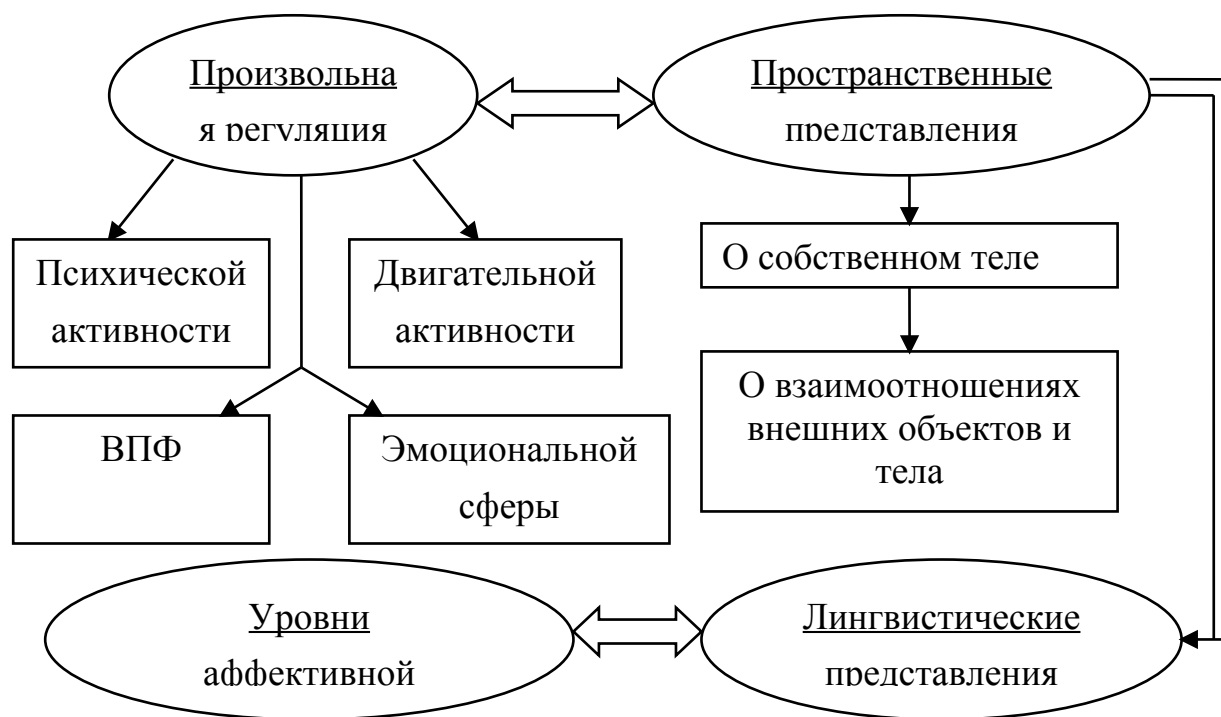
Спецификой анализа результатов психологического обследования является выделение наиболее существенных показателей, характеризующих развитие и психический (психологический) статус ребенка на момент обследования, то есть определение актуальных характеристик развития ребенка, определяющих особенности формирования отдельных психических функций (в том числе особенности отклоняющегося развития этих функций) в их взаимосвязи и соотношении друг с другом.

Анализ результатов является промежуточным этапом между непосредственным обследованием (заполнением протокола или нескольких протоколов в ходе проведения различных диагностических процедур) и формулированием, составлением обобщающего заключения по результатам психологического обследования. Последнее должно содержать в достаточно краткой форме самое главное, что необходимо знать о ребенке, чтобы адекватно оценить его состояние и, с одной стороны, определить образовательный маршрут, индивидуализировать программу его обучения, с другой — создать общий сценарий необходимой дополнительной развивающе-коррекционной работы как психолога, так и других специалистов.

Итогом такого обобщающего заключения, помимо описанных рекомендаций, является соответствующий особенностям развития ребенка *психологический диагноз*, а также (на основе этого диагноза) вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка. Подобный прогноз, естественно, должен учитывать разные варианты условий, благоприятных или неблагоприятных для дальнейшего развития.

Следует отметить, что анализ результатов представляет собой систему «размышлений специалиста над протоколами» и не требует какой-либо специальной фиксации в виде дополнительных документов. В некоторых случаях, особенно при отсутствии достаточного опыта, возможна запись основных моментов анализа для создания четкой его структуры. Результатом, «кристаллизацией» такого анализа всегда является заключение, как бы обобщающее размышления психолога. В то же время оправдала себя на практике, оказалась достаточно эффективной и удобной предлагаемая нами примерная схема такого анализа.

Оценка сформированности базовых составляющих психического развития ребенка



Технология составления общей части психологического заключения. В общей части заключения обязательно должны быть отражены **общие и специфические** особенности внешнего вида, двигательной активности (общей моторики) и поведения ребенка, в том числе характеристика критичности и адекватности поведения как в целом, так и по отношению к результатам своей деятельности (так называемая преамбула). Это необходимо для того, чтобы при прочтении данной преамбулы другим специалистом ребенок становился «*виден*».

В самом начале общей описательной части заключения следует также привести такие наиболее общие характеристики ребенка, как *общая мотивация, ее особенности, темповые характеристики деятельности, в частности характеристики работоспособности.* Важно отметить их изменения в процессе исследования ребенка с течением времени, при воздействии каких-либо помех и т.п. Точно так же фиксируются и обобщенно описываются любые другие значимые изменения рисунка поведения ребенка.

Во всех разделах заключения описываются феномены, выходящие за рамки социально-психологического норматива (СПН), «отклоняющиеся» от СПН как в ту, так и в другую сторону. Точно так же должны быть приведены те «стороны» деятельности ребенка, которые можно рассматривать как «*сильные*» звенья, позволяющие компенсировать негативные проявления. В остальных случаях отмечается, что: «*развитие, данной функции в целом соответствует условно возрастной норме*».

В этом же ключе описывается характер произвольной регуляции и развития моторики, сформированности регуляторных функций в целом.

Далее целесообразным является описание развития *когнитивного звена ВПФ*. Это необходимо сделать даже в том случае, если запрос родителей касается лишь личностных или поведенческих проблем ребенка. Если при этом развитие когнитивной сферы ребенка является условно нормативным, описание когнитивной сферы должно быть максимально обобщенным и кратким. В противном случае необходимо полное описание.

Заключение по развитию когнитивной сферы традиционно включает особенности *слухоречевой памяти*, характеристику параметров *внимания* (особенности переключения, распределения, наличие инертности и пр.). Далее описываются феномены *мыслительной деятельности*, в том числе выполнение заданий вербального и невербального характера (в том числе наглядно-действенного, наглядно - образного, логического и конструктивного плана), их результативность по сравнению с качественными условно нормативными показателями.

Отмечается объем и характер необходимой помощи со стороны взрослого и *обучаемость* ребенка в целом новым видам деятельности, возможность переноса на аналогичный материал. Отмечается уровень сформированности *произвольной регуляции* психической активности, в первую очередь — *двигательной регуляции*.

Далее отмечаются особенности сформированности *пространственных, пространственно-временных, квазипространственных представлений*, сформированность их вербального звена. Здесь же необходимо отметить, какой уровень пространственных представлений сформирован полностью и на каком этапе (уровне/подуровне) развития возникают проблемы. Таким образом определяется та «точка» (уровень несформированности), которая станет началом коррекционной работы.

В рамках описания *состояния эмоционально-личностной сферы, межличностных отношений ребенка* следует отметить все выявленные особенности. В первую очередь должна быть кратко описана феноменология: *общий эмоциональный фон* (в том числе *сензитивность* ребенка, *эмоциональная лабильность*), изменение этого фона на протяжении обследования. Необходимо описать, какие эмоции преобладают, преимущественный *тип эмоционального реагирования*, характер реагирования ребенка на реальные стрессогенные ситуации (в том числе на те, которые в том или ином виде были «смоделированы» в процессе обследования). Следует также отметить наличие выраженного *аффективного сопровождения* идей и фантазий, в том числе наличие *патологического фантазирования*, выраженность аффективных переживаний (по отношению к собственной деятельности, к реакциям окружающих, к «зонам» своих интересов и т.п.).

Из общих наблюдений за ребенком или с помощью специально организованного эксперимента делается вывод о сформированности *самооценки*, ее особенностях, характере *уровня притязаний*, в том числе на лидерство в детском коллективе и т.п.

Все эта информация об эмоционально-личностной сфере должна быть сведена в целостное представление о «*профиле*» *аффективной регуляции* (базовых аффективных составляющих психического развития ребенка), по возможности в представлениях о гипо- или гиперфункционировании отдельных уровней.

Психологический диагноз, прогноз и рекомендации по развитию и коррекции. Совершенно естественно, что результатом целостного представления о ребенке и особенностях его развития должно стать некое «резюмирующее» определение, которое даст возможность применить к данному конкретному ребенку одну из имеющихся развивающих или коррекционных технологий, а также с большой долей вероятности определит прогноз его дальнейшего развития. Такое определение имеет вполне четкое название: психологический диагноз, то есть конечный результат деятельности психолога, направленной на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности.

А.Ф. Ануфриевым рассматривает понятие психологического диагноза как **отнесение состояния ребенка к устойчивой совокупности «...психологических переменных, обуславливающих определенные параметры деятельности или состояния обследуемого».**

Одним из важнейших аспектов составления прогноза развития является понимание общей динамики развития ребенка, представление о его компенсаторных возможностях. Большое влияние имеют также и особенности функциональной организации мозговых процессов, в частности специфика индивидуального профиля функциональной асимметрии. Как правило, наличие того или иного вида атипичности развития является осложняющим фактором прогноза развития. Точно так же большое влияние на характер прогноза имеет и непосредственно состояние центральной нервной системы, наличие (пусть даже и минимальных) нарушений нейродинамики, органического поражения ЦНС. Только в этом случае становится возможным учет всех факторов, в том числе и последовательное выполнение рекомендаций специалистов, определяющих «реальность» вероятностного прогноза.

Рекомендации составляют наиболее важный раздел заключения и представляют собой обоснованную последовательность включения в работу с ребенком тех или иных специалистов, определение ведущего направления и последовательности собственно психологической коррекционной работы (использование тех или иных развивающих или коррекционных программ) с учетом не только типа отклоняющегося развития, но и специфики формирования базовых составляющих и хотя бы примерное определение длительности и формы развивающе-коррекционной работы. Помимо этого рекомендации должны включать предложения по организации обучения ребенка (определяется или обосновывается необходимость изменения режима, типа или формы обучения). Здесь же определяются сроки повторного (динамического) обследования.

Вопросы и задания

1. Понятие интегративной психологической диагностики. Виды диагностической работы.
2. Общая структура проведения углубленного психологического обследования. Возможности применения.
3. Психологический анамнез. Постановка психологической гипотезы.
4. Технология проведения психологического обследования и его основные разделы.
5. Процедура постановки психологического диагноза, прогноза и разработка рекомендаций по развитию и коррекции.
6. Особенности и структура составления психологического заключения.

Основные понятия: интегративная психологическая диагностика, скрининговая диагностика, психологический анамнез, уровень актуального развития, прогноз, диагностическая гипотеза, обучаемость, критичность, психологический диагноз, заключение.

1. Разместите в правильной последовательности этапы психологического обследования.



2. Составьте схему, отражающую компоненты оценки сформированности базовых предпосылок психического развития ребенка (сформированность произвольной регуляции психической и двигательной активности, эмоциональной регуляции и т.д.)
3. Написать доклад на тему «Дифференциация медицинского и психолого-педагогического анамнеза».

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме
Основная литература

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.

2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.
 3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
 4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
 5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
-
6. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
 7. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
 8. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

1. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2001
2. Лубовский В.И. Дифференциальная диагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы. В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. //Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г.// М., 1998.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. ,. 4,5. – М.: Педагогика, 1983
4. Бурменская Г.В. . Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. — М.: МГУ,1990.
5. Консультирование детей в психолого-педагогическом центре / Под ред. Л.С. Алексеевой. — М.: НИИ семьи, 1998.
6. Кузнецова И.В., Ахутина Г.В., Битянова М.Р., Пахомова А.П., Полонская Н.Н. Психолого-педагогическое обеспечение коррекционно-развивающей работы в школе. - М.: НМЦ «ДАР» им. Л.С.Выготского; Образовательный центр «Педагогический поиск», 1997.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Практическое занятие №8

Тема: Психологическая коррекция детей с проблемами в развитии.

Цель: изучить теоретические и методологические проблемы психологической коррекции детей и подростков; выделить основные периоды развития методов психологической коррекции; рассмотреть принципы работы.

Знания и умения, приобретаемые студентами позволяют квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Актуальность темы занятия: обусловлена тем, что знания о психологической коррекции детей с проблемами в развитии необходимы для развития специалиста.

Теоретическая часть

В переводе с латинского языка слово «коррекция» означает поправку, частичное исправление или изменение. Термин «коррекция психического развития» впервые использовался в дефектологии как один из вариантов психолого-педагогической помощи детям с проблемами в развитии. Он означал совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление, компенсацию недостатков, отклонений в психическом и физическом развитии ребенка.

Нередко понятие психокоррекция подменяется понятием психотерапия. Психотерапия — это система специально организованных методов лечебного воздействия. Психокоррекция, как явствует из данного термина, направлена на коррекцию, т. е. на исправление тех или иных расстройств. Однако различия в определениях понятий психокоррекция и психотерапия возникло не в связи со спецификой их воздействия на личность, а с укоренившимся в нашей стране мнением, что психотерапией могут заниматься только специалисты, имеющие медицинское образование, а психокоррекцией — психологи. Следует подчеркнуть, что термин психотерапия является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым специалистом-психологом.

В широком смысле под психокоррекцией понимается психологическая коррекция как комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий, направленных на выявление и ликвидацию имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных. *В узком смысле* — метод психологического воздействия для оптимизации развития психических процессов и функций и гармонизации развития личностных свойств.

История развития методов психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии неотделима от истории психологии детей и подростков с проблемами в развитии. Условно можно выделить четыре основных периода развития.

Первый период — описательный, включающий в себя медицинские и педагогические вопросы коррекции аномального развития. Педагоги, врачи, психологи всегда проявляли большой интерес к проблеме аномального развития ребенка на всем протяжении ее истории. Развитие медицинских и

философских знаний давало возможность с научных позиций подойти к пониманию процесса психического развития аномальных детей.

Большинство работ врачей и педагогов XIX века было посвящено психологии умственно отсталых детей. Эти больные были выделены из общей массы душевнобольных в отдельную группу. Многие психиатры и психологи того периода пытались разработать классификацию физиологических и социальных причин интеллектуальных дефектов у детей. Особая роль в изучении детей с интеллектуальной недостаточностью принадлежит французскому врачу и педагогу середины XIX века Эдуарду Сегену (1812-1880 гг.). Он первый попытался вычленил наиболее существенные дефекты при умственной отсталости, подчеркнул определяющую роль нарушений волевой активности ребенка в формировании дефекта, придавал особое значение развитию органов чувств у людей с ограниченными интеллектуальными возможностями. К сожалению, в отечественной дефектологии и психологии уделяется недостаточное внимание исследованиям этого великого ученого-гуманиста. Сеген организовал школу-интернат для умственно отсталых детей, где стремился осуществить свои идеи в области лечебной педагогики. Его работы остаются актуальными и в наше время.

Второй этап развития теории и практики психологической коррекции тесно связан с широким внедрением экспериментально-психологических методов в систему психологических исследований. Гуманистическая направленность работ Э. Сегена и П. Я. Трошина была продолжена в исследованиях зарубежных и отечественных психологов по изучению психического развития детей не только с умственной отсталостью, но и с другими дефектами.

Большой интерес представляют исследования особенностей психического развития здоровых детей и детей с проблемами в развитии с позиции ассоциативной психологии (Э. Клаперед, М. Монтессори). Исследования М. Монтессори и сегодня остаются актуальными и практически значимыми, несмотря на многочисленность их критических оценок.

Третий этап развития методов психологической коррекции связан с именем Л. С. Выготского (1896-1934). Л. С. Выготским проводились многочисленные исследования в области дефектологии и специальной психологии, накапливался эмпирический материал об особенностях развития детей с различными физическими и психическими аномалиями. Следует отметить, что еще до Л. С. Выготского наблюдалось большое количество исследований, в которых подчеркивалась роль социального воспитания в развитии аномального ребенка. Это работы Э. Сегена, П. Я. Трошина, А. С. Грибоедова, В. П. Кащенко, А. Адлера и др., имеющие несомненную теоретическую и практическую значимость и сегодня. Л. С. Выготский проанализировал работы своих предшественников и создал единую концепцию аномального развития, наметив основные направления его коррекции. В основу исследований аномального детства положена теория

психического развития, которую Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. «Признание общности законов развития в нормальной и патологической сфере — краеугольный камень всякого сравнительного изучения ребенка. Но эти общие закономерности находят своеобразное конкретное выражение в одном и в другом случае. Там, где мы имеем дело с нормальным развитием, эти закономерности реализуются при одном комплексе условий. Там, где перед нами разворачивается атипичное, уклоняющееся от нормы развитие, те же самые закономерности, реализуясь в совершенно другом комплексе условий, приобретают качественно своеобразное, специфическое выражение.

Важным принципом психологической коррекции аномального развития является *принцип комплексности* психологической коррекции, которую можно рассматривать как единый комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий. Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от учета клинических и педагогических факторов в развитии ребенка. Например, коммуникативные тренинги, которые проводит психолог в клинике с целью оптимизации процесса общения детей, не будут действенны, если он не учитывает клинические факторы и ту социальную среду (медперсонал клиники, педагоги, родители), в которой дети находятся.

Второй принцип психологической коррекции — это *принцип единства* диагностики и коррекции. Прежде чем решать, нужна ли психологическая коррекция ребенку, необходимо выявить особенности его психического развития, уровень сформированности определенных психологических новообразований, соответствие Уровня развития умений, знаний, навыков, личностных и межличностных связей возрастным периодам. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе полной психологической диагностики как зоны актуального, так и ближайшего развития ребенка.

Третий принцип психологической коррекции — *принцип личностного подхода*. Личностный подход — это подход к ребенку как целостной личности с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей. В процессе психологической коррекции мы рассматриваем не какую-то отдельную функцию или изолированное психическое явление у человека, а личность в целом. К сожалению, этого принципа не всегда придерживаются в процессе групповых тренингов, психорегулирующих тренировок. При использовании разнообразных приемов психокоррекционных воздействий психолог не должен оперировать такими понятиями, как обобщенная норма (возрастная, половая, нозологическая).

Четвертый принцип — *принцип деятельностного подхода*. Личность проявляется и формируется в процессе деятельности. Соблюдение этого принципа является чрезвычайно важным в процессе психологической коррекции детей и подростков. Психокоррекционная работа должна

строиться не как простая тренировка умений и навыков ребенка, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная, осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений. Психокоррекционный процесс должен проводиться с учетом основного ведущего вида деятельности ребенка: если это дошкольник — в контексте игровой деятельности, если школьник — в учебной деятельности. Однако, исходя из специфики и задач психокоррекционного процесса, мы должны ориентироваться не только на ведущий тип деятельности ребенка, а также на тот вид деятельности, который является личностно значимым для ребенка и подростка. Это особенно важно при коррекции эмоциональных нарушений у детей. Эффективность коррекционного процесса у детей в значительной степени зависит от использования продуктивных видов деятельности ребенка, например рисования, конструирования, танцев, драматизации и других.

Пятый принцип — это *иерархический принцип психологической коррекции*, базирующийся на положениях Л. С. Выготского, который считал, что в качестве основного содержания коррекционной работы необходимо создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка. Поэтому психологическая коррекция должна строиться как целенаправленное формирование психологических новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста. Упражнение и тренировка уже имеющихся у ребенка психологических способностей не делает коррекционную работу эффективной, так как обучение в этом случае лишь следует за развитием, совершенствуя способности в чисто количественном направлении, не поднимая их на более перспективный качественный уровень.

Шестой принцип — *каузальный принцип* психологической коррекции, реализация которого направлена на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами, структура дефекта определяют задачи и цели психологической коррекции. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей могут быть как социальные факторы, так и биологические или их сочетание. Первопричина определяет стратегию психокоррекции. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, то психокоррекционный процесс должен быть направлен на нормализацию семейных отношений. Если причиной эмоциональных нарушений являются резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы, то главным звеном психологической коррекции должно быть снижение эмоционального дискомфорта ребенка специальными методами психорегулирующих тренировок на фоне медикаментозной терапии.

Выделяя виды психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии, можно ориентироваться на форму дизонтогенеза, в связи с этим можно выделить следующие виды:

- психокоррекция при психическом недоразвитии,
- психокоррекция задержанного психического развития,
- психокоррекция при поврежденном психическом развитии,
- психокоррекция при дефицитарном развитии ребенка,
- психокоррекция при искаженном психическом развитии,
- психокоррекция при дисгармоничном психическом развитии.

В практике психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии целесообразно различать следующие блоки психологической коррекции:

1. Коррекция эмоционального развития ребенка.
2. Коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности.
3. Психологическая коррекция поведения детей и подростков.
4. Коррекция развития личности.

Теоретические модели психологической коррекции. В центре *психодинамического подхода* стоят вопросы, связанные с динамическими аспектами психики: мотивацией, влечением, побуждением, внутренними конфликтами, существование и развитие которых обеспечивает функционирование и развитие личностного «Я». Целью психологической коррекции в рамках этого направления является помощь ребенку или подростку в выяснении неосознаваемых причин болезненных проявлений и переживаний. Поставленные цели определяют технику психокоррекционных воздействий. Однако в раннем возрасте этот метод использовать невозможно. В связи с этим в рамках психодинамического подхода было предложено два основных метода: игротерапия и арт-терапия, которые в дальнейшем стали развиваться как самостоятельные методы, выйдя за пределы психодинамического подхода. В настоящее время они широко используются в психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями. С другой стороны, представители психодинамического подхода обратили внимание на активную роль родителей в работе с детьми в ходе психокоррекционного процесса. Сотрудничество родителей с психологом является важным условием эффективности психокоррекционной работы.

Особый интерес в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии представляет *концепция А. Адлера*, где личность рассматривается как неделимое целое, являющееся интегральной частью социума. Анализируя позитивную природу человека, А. Адлер подчеркивал, что каждый человек в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивировано достижением социальной цели и социальным интересом. Разбирая роль комплекса неполноценности у человека, А. Адлер полагал, что неполноценность, ее компенсация и социальная среда — это три переменные, которые имеют важнейшее значение в формировании жизненных целей. Он считал, что в целом поведение человека не претерпевает особых изменений на протяжении его жизни, изменяется только система отношений, а отсюда одна из основных задач психологической коррекции — коррекция этих отношений. Конкретизируя цель психокоррекции в концепции А. Адлера, можно

выделить следующие задачи: коррекция чувства неполноценности; формирование социального интереса; коррекция устремлений и мотивов с перспективой выработки нового стиля жизни. Это достигается такими психотехническими приемами, как формирование у клиента положительных установок на занятие, анализ и проработка личностной позиции, подбадривание, поощрение. Обоюдное доверие и установление общих целей — первостепенные условия психокоррекционной работы.

Роджерсовское направление психокоррекции акцентирует внимание на позитивной природе человека и свойственном ему врожденном стремлении к самореализации. Основу психического здоровья, по мнению Роджерса, определяет соответствие идеального «Я» реальному «Я», достигаемое реализацией личностного потенциала и стремлением к самоосознанию, уверенности в себе, спонтанности. В связи с этим результат коррекции заключается в приобретении самоуважения, адекватной самооценки, в создании условий для личностного роста. Роджерс особо подчеркивал значение искренности, теплоты, эмпатии при общении психолога с клиентом.

Целью психологической коррекции в рамках *поведенческого направления* является приобретение ребенком новых установок, направленных на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение у него дезадаптивных форм поведения. Это достигается с помощью различных поведенческих тренингов, психорегулирующих тренировок. В процессе психологической коррекции поведенческого направления психолог выполняет активную и директивную роль, он является учителем, тренером, стремится помочь ребенку следовать эффективному поведению. В рамках этого подхода разработан ряд методик моделирования поведения, с помощью которых решаются следующие задачи:

- построение новых стереотипов поведения;
- подавление имеющихся неадаптивных стереотипов;
- осознание условий для проявления новых стереотипов поведения.

Особого внимания заслуживает *когнитивное направление*, особенно в психокоррекции подростков с проблемами в поведении. В когнитивной психокоррекции в первую очередь уделяется внимание познавательным структурам психики, и упор делается на личность, на структуру личности и в целом на логические способности.

Главной задачей психокоррекции является изменение восприятия подростком себя и окружающей действительности на основе изменения поведения. В когнитивном подходе выделяются два варианта психокоррекции: когнитивно-аналитический и когнитивно-поведенческий. Основной задачей первого варианта является создание модели психологической проблемы, которая должна быть понятна подростку и с которой он мог бы работать самостоятельно. Когнитивно-поведенческий вариант предполагает создание модели поведения, являющейся наиболее приемлемой для решения стоящих перед подростком проблем, другими

словами, предлагается проверка искаженных убеждений в ситуации реальной жизни. В рамках когнитивного подхода создано много психотехнических приемов, которые могут быть успешно использованы в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

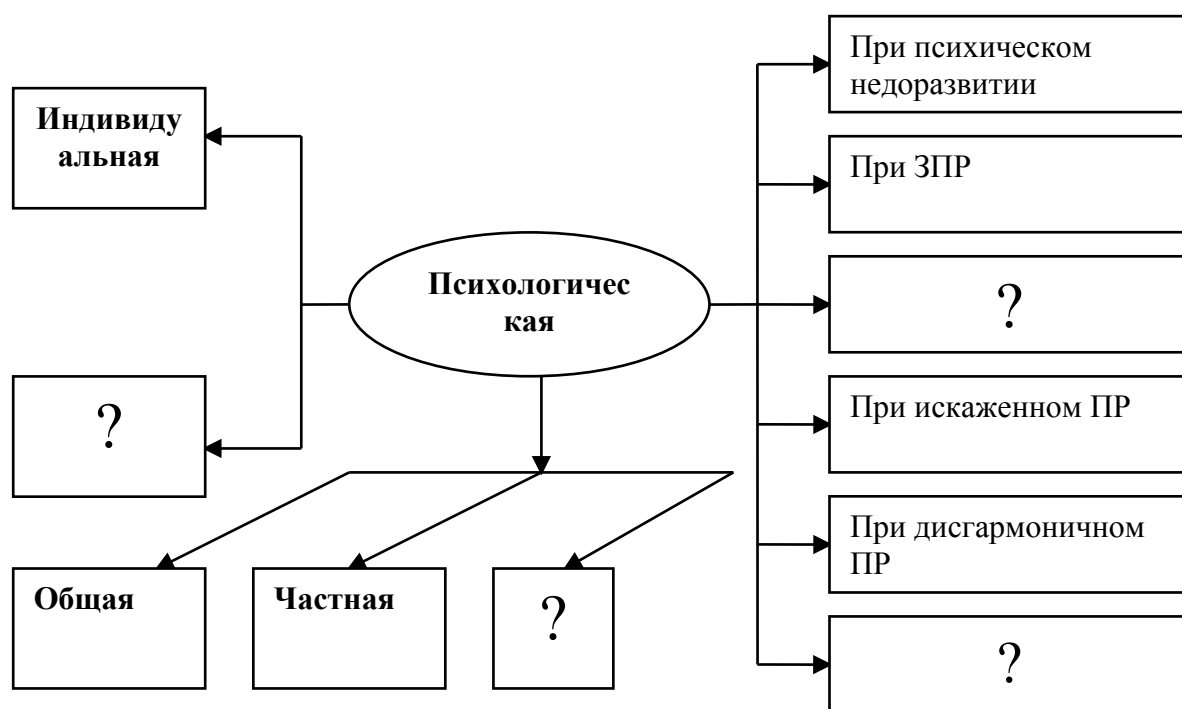
Вопросы и задания

1. История развития методов психологической коррекции. Периоды развития.
2. Определение психологической коррекции.
3. Принципы психологической коррекции. Классификация видов психологической коррекции.
4. Теоретические модели психологической коррекции.

Основные понятия: метод, методика, методология, коррекция, психотерапия, принцип.

1. Написать доклад на тему «Общие и специфические закономерности аномального развития».
2. Составьте схему комплексной диагностики ребенка с особенностями психофизического развития.
3. Дополните схему.

Виды психологической коррекции



Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Глоzman Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.

3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
 4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
 5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
-
6. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
 7. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
 8. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

1. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
2. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. М., 1985.
3. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., 2000.
4. Основы специальной психологии: Учеб. пособие. Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М., 2002.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Лабораторное занятие №1
Тема: Психология лиц с нарушением зрения

Цель: изучить закономерности и особенности развития лиц с нарушением зрения, формирование компенсаторных механизмов и психологические основы коррекционно-педагогической помощи.

Формируемые компетенции владением навыками планирования психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик, умением формировать комплекс психодиагностических методов, адекватных целям исследования, определять последовательность (программу) их применения (ПК-6);

Теоретическая часть

Тифлопсихология изучает закономерности развития лиц с нарушениями зрительной функции, а также возможности формирования компенсаторных механизмов, обеспечивающих возмещение недостатка информации.

Основные *задачи*, решаемые в русле психологии лиц с нарушениями зрения.

- изучение общих, свойственных также и нормально развивающемуся ребенку специфических закономерностей

психического развития детей с глубокими нарушениями зрения, механизмов обеспечивающих компенсацию слепоты и слабовидения;

- изучение зависимости психического развития от степени характера и времени возникновения дефекта зрительной функции;
- выявление потенциальных возможностей лиц с нарушением зрения, их способностей к преодолению отклонений в формировании психических процессов и личностных отклонений;
- разработка психологических основ эффективной коррекционно-педагогической помощи детям с недостатками зрительной функции;
- разработка социально-психологических основ эффективной интеграции лиц с нарушениями зрения в общество.

В настоящее время *предметом* изучения тифлопсихологии являются особенности развития и психология не только слепых (тотально или парциально, ослепшие, слепорожденные), но и слабовидящих людей.

Становление и развитие тифлопсихологии как науки связано с организацией обучения слепых в специальных школах. Первая школа была открыта в Париже В. Гаюи в 1784 г. В 80-х гг. XIX в. уже по всему миру насчитывалось около 150 учебных заведений для слепых.

Первые исследования особенностей психического развития при слепоте относятся к 70-м гг. XIX в. Проводились они самими слепыми путем интроспекции (самонаблюдения). Одной из известнейших работ того времени является монография М.Сизерана «Слепец о слепых». В ней дается описание внутреннего мира слепого на основании самонаблюдений.

До сих пор в мировой тифлопсихологии существуют две позиции относительно того, насколько психология слепого близка развитию нормальновидящего или насколько она своеобразна. Одна из них принимает за исходное положение определяющую роль дефекта зрения в психическом развитии ребенка со зрительной патологией. Эта позиция ведет к недооценке возможностей полисенсорных перестроек у детей данной категории и постулированию специфического стандарта психического развития, как правило, заниженного по сравнению с уровнем развития зрячих.

Исследования особенностей психического развития слепых и слабовидящих детей в 80-е и 90-е гг. XX в. опираются на работы основоположников отечественной дефектологии Л.С.Выготского, А.Р.Лурия, М.И.Земцовой, А.Г.Литвака, А.И.Зотова и направлены на дальнейшую разработку теории и практики компенсации и коррекции зрительного дефекта в процессе коррекционного обучения и воспитания.

Слепота и глубокие нарушения зрения вызывают отклонения всех видах познавательной деятельности. Негативное влияние Крешения зрения проявляется даже там, где, казалось бы, этот дефект не должен нанести ущерб развитию ребенка. Снижается количество получаемой ребенком информации и изменяется ее качество. В области чувственного познания сокращение зрительных ощущений ограничивает возможности

формирования образов памяти и воображения. С точки зрения качественных особенностей развития детей с нарушениями зрения следует в первую очередь указать на специфичность формирования психологических систем, их структур и связей внутри системы. Происходят качественные изменения системы взаимоотношений анализаторов, возникают специфические особенности в процессе формирования образов, понятий, речи, в соотношении образного и понятийного мышления, ориентировке в пространстве. Значительные изменения происходят в физическом развитии: нарушается точность движений, снижается их интенсивность. Следовательно, у ребенка формируется своя, очень своеобразная психологическая система, качественно и структурно не схожая с системой нормально развивающегося ребенка.

Можно говорить о том, что такие глубокие нарушения зрения, как слепота и слабовидение, оказывают влияние на формирование всей психологической системы человека, включая и личность.

В тифлопсихологической литературе описание эмоциональных состояний и чувств слепых представлено в основном по наблюдению или самонаблюдению. Эмоции и чувства человека, являясь отражением его реальных отношений к значимым для него объектам и субъектам, не могут не изменяться под влиянием нарушений зрения, при которых сужаются сферы чувственного познания, изменяются потребности и интересы. Слепые и слабовидящие имеют ту же «номенклатуру» эмоций и чувств, что и зрячие, и проявляют те же эмоции и чувства, хотя степень и уровень их развития могут быть отличны от таковых у зрячих. Особое место в возникновении тяжелых эмоциональных состояний занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников, возникающее в возрасте 4—5 лет, понимание и переживание своего дефекта в подростковом возрасте, осознание ограничений в выборе профессии, партнера для семейной жизни в юношеском возрасте. Наконец, глубокое стрессовое состояние возникает при приобретенной слепоте у взрослых. Для лиц, недавно утративших зрение, характерны также сниженная самооценка, низкий уровень притязаний и выраженные депрессивные компоненты поведения.

Основными направлениями коррекции эмоциональных нарушений являются:

- смягчение эмоционального дискомфорта;
- повышение активности и самостоятельности;
- устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями;
- коррекция самооценки, уровня самосознания, формирования эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Задания

1. Подготовьте письменное сообщение по теме: Особенности развития познавательной и эмоционально-волевой сферы у лиц с нарушением зрения.
2. Закончите предложения.

- Процесс формирования образов внешнего мира при нарушении зрения находится в прямой зависимости от состояния, глубины и характера поражения зрения.

- Исследования особенностей психического развития слабовидящих и слепых детей опираются на работы основоположников отечественной дефектологии -

- Спецификой развития речи лиц с нарушением зрения является отсутствие соответствия между словом и образом, а также слабом использовании средств общения.

3. Подготовьте сообщение «Компенсаторная функция речи в различных видах психической деятельности слепых»

4. Аннотирование статьи Денискиной В.З. Особые образовательные потребности детей с нарушением зрения // Дефектология. – 2012. - № 6. – С.17-24

Контрольные вопросы

1. Психология лиц с нарушением зрения: понятие, предмет, практические и теоретические задачи.

2. История развития тифлопсихологии. Вклад отечественных ученых в становление отрасли специальной психологии.

3. Классификация нарушений зрения. Причины нарушения зрительной функции.

4. Особенности развития познавательной сферы лиц с нарушениями зрения. Изменение системы взаимоотношений анализаторов и психологических систем.

5. Развитие эмоционально-волевой сферы. Отношение к дефекту зрения как часть целостной системы отношений личности.

6. Характеристики межличностных отношений у лиц с нарушениями зрения.

7. Возможности коррекции нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы.

Основные понятия: тифлопсихология, сенсорная система, зрение, слепота, сенсорная организация, острота зрения, поле зрения, хроматическое зрение, светоощущение, слабовидящие, низкий уровень притязаний, миопия, депрессия, самооценка, слепорожденные, отношение к дефекту, пространственная ориентировка, уровень умственного развития, косноязычие, стигматизм.

Тестовые задания

1.«... - изучает закономерности и особенности развития лиц с нарушением зрения, формирование компенсаторных процессов, обеспечивающих возмещение недостатка информации, дефицит, который связан с нарушением деятельности зрительного анализатора, а также влияние этого дефекта на психическое развитие детей с нарушением зрения»:

а). сурдопсихология;

б). тифлопсихология;

в). олигофренопсихология;

г). логопсихология.

2. Задачами современной тифлопсихологии является:

- а).изучение общих, свойственных также и нормально развивающемуся ребенку специфических закономерностей психического развития детей с глубокими нарушениями зрения, механизмов, обеспечивающих компенсацию слепоты и слабовидения;
 - б). изучение зависимости психического развития от степени, характера и времени возникновения дефекта зрительной функции;
 - в).выявление потенциальных возможностей лиц с нарушением зрения, их способностей к преодолению отклонений в формировании психических процессов и личностных отклонений;
 - г).разработка психологических основ эффективной коррекционно-педагогической помощи детям с недостатками зрительной функции;
 - д).разработка социально-психологических основ эффективной интеграции лиц с нарушениями зрения в общество.
 - е).все вышеперечисленные.
3. Первые исследования особенностей психического развития при слепоте относятся к:
- а). 70-м гг. XIX в.;
 - б). 30-м гг. XIX в.;
 - в). 70-м гг. XX в.;
 - г). 50-м гг. XX в.
4. В зависимости от степени снижения остроты зрения и возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе, выделяют следующие группы детей:
- а). слепые;
 - б). абсолютно, или тотально, слепые;
 - в). частично, или парциально, слепые;
 - г).слепорожденные;
 - д). слабовидящие.
5. В зависимости от времени наступления дефекта зрительного анализатора выделяют следующие категории детей:
- а). слепорожденные;
 - б). ослепшие;
 - в). слепые;
 - г). абсолютно, или тотально, слепые.
6. Дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже относятся к категории:
- а). слепые;
 - б). абсолютно, или тотально, слепые;
 - в).ослепшие;
 - г).слепорожденные.
7. Дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо имеющие остаточное зрение, либо сохранившие способность к светоощущению, считаются:
- а). слепыми;
 - б).ослепшими;
 - в). тотально слепыми;
 - г). парциально слепыми.
8. Дети, у которых при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо, относятся к группе:
- а). слепые;
 - б). абсолютно, или тотально, слепые;
 - в). частично, или парциально, слепые;
 - г).слепорожденные;
 - д). слабовидящие.
- 9.Ослепшими считаются дети:

- а). утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже;
 - б). с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет;
 - в). с полным отсутствием зрительных ощущений;
 - г). имеющие светоощущения, форменное зрение.
10. Заболевание глаз, характеризующееся помутнением хрусталика – это:
- а). катаракта;
 - б). миопия;
 - в). микрофтальм;
 - г). анофтальм.
11. При тотальной слепоте доминирующим в сенсорном отражении предметного мира чувством становится:
- а). обоняние;
 - б). осязание;
 - в). вкус;
 - г). зрение.
12. Рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых был разработан в 1821 году:
- а). Б.Ф. Ломовым;
 - б). Л. Брайлем;
 - в). Р.Б. Каффеманасом;
 - г). С. Морзе.
13. Ограниченность информации, получаемой частично видящими и слабовидящими, обуславливает появление такой особенности их восприятия, как:
- а). схематизм зрительного образа, его объектность;
 - б). искажение зрительного образа;
 - в). парциальность восприятия;
 - г). верно все вышеперечисленное.
14. Для слепых и слабовидящих характерно:
- а). недостаточное осмысление запоминаемого наглядного материала;
 - б). эффективное запоминание логически связанных стимулов;
 - в). нечеткая дифференциации чувственных признаков предметов;
 - г). верно все вышеперечисленное.
15. Имеются концепции развития мышления лиц с дефектами зрения:
- а). теория ускоренного развития мышления слепых и слабовидящих;
 - б). теория отрицательного влияния нарушения зрения на развитие мышления;
 - в). концепция независимости уровня развития мышления от дефектов зрения;
 - г). верно все вышеперечисленное.
16. Речь слепого и слабовидящего имеет свои особенности формирования:
- а). нарушается словарно-семантическая сторона речи;
 - б). появляется «формализм»;
 - в). накопление значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием;
 - г). темпы развития речи не снижены по сравнению с нормой.
17. Реабилитация незрячего ребенка направлена на его адаптацию к окружению и зависит в первую очередь от:
- а). особенностей личности ребенка;
 - б). психических функций;
 - в). сохранности зрительного анализатора;
 - г). остроты зрения.
18. К какому типу дизонтогенеза относятся слепые и слабовидящие дети?
- а). поврежденному развитию;
 - б). дефицитарному развитию;
 - в). искаженному развитию;
 - г). задержанному психическому развитию.

19. В настоящее время практически в каждом тифлопсихологическом исследовании отмечается особая роль в компенсации дефекта зрения:

- а). деятельности;
- б). личности ребенка;
- в). волеприятия;
- г). осязания.

20. Стадия компенсации дефекта зрительного анализатора зависит от:

- а). от времени наступления дефекта;
- б). характера сформированных связей к моменту его наступления;
- в). возраста ребенка;
- г). степени пораженности анализатора;
- д). верно все вышеперечисленное.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста – М., Академия, 2008, 272с.
 2. Дети с нарушениями развития: Психологическая помощь родителям – М., Академия, 2006, 208 с.
 3. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика – М., Академия, 2004, 288с.
 4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте – М., Академия, 2008, 144с.
 5. М.В.Алфимова, И.В.Равич-Щербо Психогенетика: Хрестоматия – М., Академия, 2007, 432с.
-

6. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
7. Специальная психология: Учеб. пособие: авт.-сост.: Малашихина И. А.; Черепкова Н. В. - Ставрополь, 2010, 313 с.
8. Специальная психология: Учеб.пособие. Под ред. Усанова О.Н. - М.,СПб., 2008, 396 с.

Дополнительная литература

1. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. — М., 1995.
2. Григорьева Л. П., Сташевский С. В. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. — М., 1990.
3. Дети с глубокими нарушениями зрения / Под ред. М.И. Земцевой. — М., 1967.
4. Ермаков В. П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. — М., 1990.
5. Земцова М.И. Пути компенсации слепоты. — М., 1956.
6. Зотов А.И., Зотова Л.А., Сравнительное изучение соотношения типов и видов памяти у слепых, слабовидящих и нормальновидящих школьников. — Л., 1981

7. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих. — СПб., 1998.
8. Основы специальной психологии. Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр «Академия», 2002
9. Плаксина Л. И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушениями зрения.— М., 1998.
10. Солнцева Л. И. Введение в тифлопсихологию раннего дошкольного и школьного возраста. — М., 1998.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Лабораторное занятие №2

Тема: Психологическое развитие у детей с нарушениями слуха

Цель: рассмотреть особенности психического развития лиц с нарушениями слуха, проанализировать методы коррекционной работы при различных нарушениях слуха.

Формируемые компетенции: умением квалифицированно осуществлять клиничко-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Теоретическая часть

Предметом сурдопсихологии является изучение своеобразия психического развития людей с недостатками слуховой функции и установление возможности и путей компенсации нарушений слуха различной сложности.

Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:

- 1) выявить закономерности психического развития людей с нарушенным слухом как общие, свойственные также и людям, имеющим сохранный слух, так и специфические;
- 2) изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности людей с нарушенным слухом;
- 3) изучить закономерности развития их личности;
- 4) разработать методы диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития людей с недостатками слуха;
- 5) дать психологическое обоснование наиболее эффективных путей и способов педагогического воздействия на детей и взрослых с нарушенным слухом, изучить психологические проблемы интегрированного обучения и интеграции людей с нарушенным слухом в общество.

Теория и практика воспитания и обучения детей с дефектами слуха в странах Западной Европы получило развитие в эпоху Возрождения. Джероламо Кардано (1501-1576) дал физиологическое объяснение глухоты и немоты. Им предпринята первая попытка создания дифференцированного

подхода к глухим. Он доказывал возможность умственного развития глухих на основе использования сохранных органов чувств, особенно зрения. Практический опыт индивидуального обучения глухих, теоретическое обоснование методов и приемов обучения в трудах сурдопедагогов способствовали развитию сурдопедагогики и подготовили появление коллективного обучения детей с нарушениями слуха в условиях специального учебного заведения.

Во второй половине XVIII века во Франции, Германии, Англии, Австрии появились специальные училища для глухих. Это положило начало второму периоду в развитии сурдопедагогики - периоду формирования педагогических систем и обучения глухих в условиях коллективных занятий в классе.

Сторонники системы «мимический метод» (Ш.М. Эпе, Р.А. Сикар и др.), с одной стороны, выдвигали задачи всестороннего развития личности глухого ребенка (физическое, умственное воспитание), усвоения общеобразовательных знаний, подготовки к труду и общественной жизни, с другой стороны, они ограничивали возможности решения этих сложных задач использованием только жестовой речи на протяжении всего периода обучения.

Но этот метод оказался не в состоянии решить проблему в соответствии с поставленными задачами.

В США первая школа для глухих была организована в 1917 году в городе Харфурте. Американские сурдопедагоги Т. Галлоде (1787-1851), Х. Манн (1796-1859) и другие подробно изучали опыт обучения глухих в Европе. В числе выдающихся деятелей сурдопсихологии в США следует назвать А.М. Белла (1819-1905) и А.Г. Белла (1847-1922), разрабатывающих методику обучения глухих устной речи.

На протяжении многих веков на Руси накапливались знания о глухонемоте. В Древней Руси призреванием глухих и других «убогих детей» занимались церковь и монастыри. При монастырях в XI веке создавались особые дома, где совместно со слышащими сиротами воспитывались и трудились глухие.

Большое влияние на развитие сурдопсихологии в России оказали философские взгляды А.Н. Радищева (1749-1802) на познавательные возможности глухих. В философском трактате «О человеке, о его смертности и бессмертии» А.Н. Радищев с материалистических позиций раскрыл роль органов чувств и их взаимодействия, дал теоретическое обоснование роли всех форм речи для формирования мышления, подчеркнул значение словесной речи для умственного развития ребенка. Эти идеи А.Н. Радищева стали основополагающими.

В конце XVIII - начале XIX века в России начали создаваться специальные училища для глухих в Петербурге, Варшаве, Риге и других городах. Сурдопсихология развивалась под влиянием философских и педагогических идей просветителей-демократов В.Г. Белинского, А.И.

Герцена, Н.А. Добролюбова и других, а также под влиянием успехов естественно-медицинских наук.

Исследования Р.М. Боскис обусловили возможность решения проблемы дифференцированного обучения на основе педагогической классификации детей с нарушениями слуха. Решению этой проблемы способствовало также изучение Л.В. Нейманом слуховой функции у глухих и слабослышащих, создание классификации нарушений слуха в детском возрасте.

Нарушения слуха могут вызываться различными заболеваниями детей. Выделяют следующие *группы детей*: глухие (неслышащие) – ранооглохшие, позднооглохшие; слабослышащие (тугоухие). Психическое развитие детей с нарушенным слухом проходит в особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним. Первичный дефект – нарушение слуха ведет к недоразвитию речи – функции, связанной со слухом наиболее тесно. Психическое развитие детей с нарушенным слухом подчиняется закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально слышащих детей. Вместе с тем у них проявляются закономерности, общие для всех типов аномального развития.

В психическом развитии детей с нарушенным слухом выделяют две (по И.М.Соловьеву) характерные закономерности.

Первая из них состоит в том, что из-за поражения слуха объем внешних воздействий на глухого ребенка ограничен, взаимодействие со средой обеднено, общение с окружающими людьми затруднено, в то время как необходимым условием успешного психического развития всякого ребенка является значительное возрастание количества, разнообразия и сложности внешних воздействий. Вследствие этого ограничения психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными, формирующаяся система межфункциональных взаимодействий изменена. Компоненты психики у ребенка с нарушенным слухом развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях: наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления (превалирует первое); письменная речь» обеих формах — импрессивной (чтение) и экспрессивной (письмо) — приобретает большую роль по сравнению с устной.

Вторая закономерность — отличия в темпе психического развития у детей с нарушениями слуха по сравнению с нормально слышащими детьми. И. М. Соловьев путь психического развития ребенка с нарушенным слухом представлял следующим образом: различия в психической деятельности между слышат и глухим ребенком, незначительные на начальных этапах онтогенеза возрастают в течение последующего времени. Так происходит

до определенного этапа, когда вследствие систематического сурдопедагогического воздействия различия перестают нарастать и даже уменьшаются. Чем благоприятнее условия, тем быстрее и значительнее сближается развитие ребенка с нарушенным слухом с развитием нормально слышащего ребенка. Основной смысл сурдопедагогических мероприятий состоит, таким образом, в создании новых условий для психического

развития, прежде всего — в расширении и качественном изменении доходящих до ребенка внешних воздействий, в изменении их состава за счет воздействий, заменяющих акустические и равных им по значению.

Задания

1. Аннотирование статьи. *Ли С.И.* К вопросу о развитии слухового восприятия у слабослышащих дошкольников // Дефектология. — 1993. - № 1.
2. Написать сообщение на тему «*Особенности коррекционной работы при различных нарушениях слуха*»
3. Написать доклад на тему «Особенности речевого развития лиц с нарушениями слуха: русская жестовая речь, калькирующая жестовая речь, словесная речь».

Контрольные вопросы

1. Предмет и задачи сурдопсихологии. История развития психологии лиц с нарушениями слуха.
2. Причины нарушения слуховой функции. Классификация нарушений.
3. Характеристика мыслительной деятельности лиц с нарушениями слуха.
4. Особенности эмоционально-волевой сферы у людей с нарушенным слухом.
5. Условия формирования словесной речи у глухих детей. Дактильная речь.
6. Особенности личности и межличностных отношений у лиц с нарушениями слуха.
7. Коррекционная работа при различных нарушениях слуха.
8. Характеристика слепоглухоты как усложненного типа сенсорной депривации.

Основные понятия: сурдопсихология, слух, глухота, фонематический слух, слабослышащие, дактильная речь, компенсаторные механизмы, жестовая речь, калькирующая речь.

Тестовые задания

1. Предметом ... является изучение своеобразия психического развития людей с недостатками слуховой функции и установление возможности и путей компенсации нарушений слуха различной сложности:
 - а). тифлопсихологии;
 - б). олигофренопсихологии;
 - в). сурдопсихологии;
 - г). логопсихологии.
2. Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:
 - а). выявить закономерности психического развития людей с нарушенным слухом как общие, свойственные также и людям, имеющим сохранный слух, так и специфические;
 - б). изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности людей с нарушенным слухом;
 - в). изучить закономерности развития их личности;
 - г). разработать методы диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития людей с недостатками слуха;
 - д). дать психологическое обоснование наиболее эффективных путей и способов педагогического воздействия на детей и взрослых с нарушенным слухом;
 - е). верно все вышеперечисленное.
3. Соматические заболевания, которые могут привести к нарушениям слуха:
 - а). менингит;

- б). энцефалит;
 - в). корь;
 - г). панкреатит.
4. Звуки характеризуются следующими свойствами:
- а). частотой;
 - б). интенсивностью;
 - в). продолжительностью звучания;
 - г). тональностью.
5. Диапазон частот разговорной речи находится в пределах от:
- а). 500 до 3500 Гц;
 - б). 400 до 4000 Гц;
 - в). 700 до 3500 Гц;
 - г). 9000 до 4000 Гц.
6. Основой классификации лиц с нарушениями слуха являются следующие критерии (по Р. М. Боскису):
- а). степень потери слуха;
 - б). время потери слуха;
 - в). уровень развития речи;
 - г). степень поражения слуховых косточек.
7. Детей со степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею, относят к группе:
- а). глухие;
 - б). тугоухие;
 - в). слабослышащие;
 - г). нет верного ответа.
8. Среди группы глухих (неслышащих) выделяют:
- а). ранооглохших;
 - б). позднооглохших;
 - в). с умеренной степенью тугоухости;
 - г). со значительной степенью тугоухости;
9. Дети, родившиеся с нарушенным слухом либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах, составляют группу:
- а). ранооглохших;
 - б). позднооглохших;
 - в). тугоухих;
 - г). нет верного ответа.
10. Дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух в том возрасте, когда она уже была сформирована, составляют группу:
- а). ранооглохших;
 - б). позднооглохших;
 - в). тугоухих;
 - г). нет верного ответа.
11. Дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха, относятся к группе:
- а). ранооглохших;
 - б). позднооглохших;
 - в). тугоухих;
 - г). нет верного ответа.
12. В группе слабослышащих детей выделяют следующие степени тугоухости:
- а). легкая;

- б).незначительная;
- в).умеренная;
- г).значительная;
- д)тяжелая.

13. Для педагогических целей слабослышащие дети школьного возраста делятся на две категории:

- а). слабослышащие дети, обладающие развитой речью с небольшими ее недостатками;
- б).слабослышащие дети с глубоким речевым недоразвитием;
- в).слабослышащие дети с отсутствием речевых навыков;
- г).слабослышащие дети с нарушением мыслительных операций.

14.Какое обучение обеспечивают школы особого типа для слабослышащих и позднооглохших детей:

- а). рациональное;
- б).формирующее;
- в).дифференцированное;
- г).интегрированное.

15.Количество отделений в школе особого типа для слабослышащих и позднооглохших детей - :

- а).1;
- б).2;
- в).3;
- г).4.

16. Дети, обладающие развитой речью, лишь с некоторыми ее недостатками обучаются в школе особого типа для слабослышащих и позднооглохших детей:

- а). в I отделении;
- б). во II отделении;
- в). в III отделении;
- г).в IV отделении.

17. Дети с глубоко недоразвитой речью, т.е. именно те дети, которые в начале обучения напоминают глухих, обучаются в школе особого типа для слабослышащих и позднооглохших детей:

- а). в I отделении;
- б). во II отделении;
- в). в III отделении;
- г).в IV отделении.

18. Психическое развитие детей с нарушенным слухом проходит в особых условиях восприятия внешнего мира – это особый вид дизонтогенеза:

- а).дефицитарное развитие;
- б).поврежденное развитие;
- в).искаженное развитие;
- г).задержанное психическое развитие.

19. В психическом развитии детей с нарушенным слухом выделяют две (по И.М.Соловьеву) характерные закономерности:

- а). из-за поражения слуха объем внешних воздействий на глухого ребенка ограничен, взаимодействие со средой обеднено, общение с окружающими людьми затруднено;
- б). отличие в темпе психического развития у детей с нарушениями слуха по сравнению с нормально слышащими детьми;
- в).психическое развитие глухого ребенка подчиняется закономерностям нормального онтогенеза.
- Г). верно все вышеперечисленное.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме
Основная литература

1. Основы специальной психологии под ред. Кузнецовой Л.В. – М., Академия, 2009, 480 с.
2. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста – М., Академия, 2007, 192с.
3. Психолого-педагогическая диагностика под ред. Левченко И.Ю., Забрамной С.Д. – М., Академия, 2008, 320с.
4. Специальная психология под ред. Лубовского В.И. - М., Академия, 2009
5. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии – М., Академия, 2008, 176 с.

Дополнительная литература

1. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1988.
2. Венгер А. А. Выгодская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
3. Выготский Л.С. Принципы социального воспитания глухонемых детей // проблемы дефектологии. — М., 1995
4. Развитие логического мышления и особенности усвоения основ наук слабослышащими школьниками / Под ред. И.М.Гилевич, К.Г.Коровина. — М., 1986.
5. Речицкая Е. Г., Сошипа Е.А. Развитие творческого воображения младших школьников (в условиях нормального и нарушенного слуха). — М., 1999.
6. Розанова Т. В. Развитие памяти и мышления глухих детей. — М., 1978.
7. Синяк В.А., Нудельман М.М. Особенности психического развития глухого ребенка. - М., 1975.
8. Тигранова Л. И. Умственное развитие слабослышащих детей. — М., 1978. 10. Яшкова Н. В. Наглядное мышление глухих детей. — М., 1988.

Информационные ресурсы:

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта , 2010. Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/83393/>
2. Слепович Е. С. Специальная психология. Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - Доступно: <http://old.biblioclub.ru/book/144372/>

Лабораторное занятие №3

Тема. Особенности развития при детском церебральном параличе

Цель: изучить закономерности психического и двигательного развития при ДЦП, причины возникновения и особенности коррекции

Формируемые компетенции:умением квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Теоретическая часть

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков дети делятся на три группы:

1) дети с тяжелыми нарушениями: у некоторых из них не сформировано прямохождение и ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений и навыками самообслуживания владеют частично;

2) дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений (наиболее многочисленная группа): большая часть детей может самостоятельно передвигаться на ограниченное расстояние, они владеют навыками самообслуживания, которые, однако, недостаточно автоматизированы;

3) дети с легкими двигательными нарушениями: они ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В настоящей главе рассматриваются в основном клинико-физиологические и психологические особенности развития детей с детскими церебральными параличами, поскольку именно эта категория составляет основную массу детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Сущность нарушения при детском церебральном параличе. ДЦП — это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц.

При ДЦП резко нарушено взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, между звеньями самой двигательной системы, между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. ДЦП характеризуется нарушением высших корковых функций, признаками поражения пирамидных путей и подкорковых (базальных) ядер.

В становлении функций нервной системы при нормальном развитии мозга наблюдается преемственность и стадийность. У здорового ребенка последовательность созревания мозговых систем, управляющих движением, определяет этапность в развитии движений, когда на смену одним элементарным двигательным формам приходят другие, более сложные и совершенные. Например, для развития функции сидения ребенок должен научиться удерживать голову, уметь выпрямлять спину, сохранять равновесие и удерживать позу.

Специфика двигательного развития ребенка с ДЦП

У ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания двигательных функций нарушены. Специфика двигательного развития ребенка с ДЦП состоит прежде всего в *наличии примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для данного возраста ребенка.*

При нормальном развитии эти рефлексы проявляются не резко в первые месяцы жизни. В норме к 3 мес. жизни они практически уже не проявляются. Их своевременное угасание создает благоприятную основу для развития произвольных движений.

Например, *цеплятельный (хватательный) рефлекс* вызывается прикосновением к ладони, что приводит к реакции схватывания. Рефлекс отталкивания (ползания) вызывается прикосновением к подошвам ног, что влечет реакцию отталкивания. Движения, свойственные этим рефлексам, в дальнейшем угасают. Хватательные движения и перцептивное поведение развиваются не на основе рефлекса. Хватательный рефлекс угасает раньше, чем начинает складываться хватание как произвольный двигательный акт. Рефлекс ползания также не является исходным для развития самостоятельного передвижения. Подлинное ползание начинается не с отталкивания ногами, а с движений рук: ребенок тянется к привлекающему его предмету, «переступает» руками и продвигается вперед. Произвольное хватание и ползание начинают формироваться не в период новорожденное™, а значительно позже — при взаимодействии ребенка со взрослым. Сохранение этих рефлексов существенно тормозит формирование произвольной моторики. Проявление этих и подобных этим рефлексов во втором полугодии первого года жизни является симптомом риска поражения двигательных зон коры головного мозга.

У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают, действие патологических рефлексов на первом году жизни обычно усиливается и в последующие годы остается стойким, что затрудняет и задерживает формирование произвольных двигательных актов.

Отсюда вторая специфическая особенность — *задержка формирования основных моторных функций.*

Для детей с ДЦП характерно сильное отставание в развитии Двигательных функций. Например, здоровый ребенок к 3 мес. уже уверенно держит голову в вертикальном положении. Дети с ДЦП овладевают этой функцией много позже — в среднем к 3 — 5 годам. Существенно задерживается становление таких двигательных актов, как повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину.

Поза сидения в норме формируется к 7—9 мес. У детей с ДЦП такое положение тела оказывается освоенным примерно к 2—3 годам. Ползание, как достаточно сложный моторный акт, требующий координации движений рук и ног, формируется у детей с ДЦП также со значительным опозданием. Прямостояние у здоровых детей развивается к 9—10 месяцам. Многие из

детей с ДЦП овладевают вертикальным статическим положением лишь в дошкольном возрасте. С особым трудом эта функция формируется у детей с атонически-астатической формой ДЦП.

Ходьба — это не только новый этап в моторном развитии, но и расширение познавательных горизонтов. В норме ходьба как двигательный акт начинает формироваться с 1 года. Лишь половина дошкольников с ДЦП овладевает ходьбой к 4 годам. Остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают вовсе.

Еще более отсроченным во времени от возрастных нормативов оказывается формирование сложных моторных актов, тонких и дифференцированных движений, которые необходимы для самообслуживания, осуществления предметно-игровой, изобразительной, учебной и трудовой деятельности.

Иногда создается видимость усугубления заболевания с возрастом. Между тем ДЦП является непрогрессирующим неврологическим заболеванием. Иллюзия текущего патологического процесса возникает в связи со все большим несоответствием между двигательными возможностями ребенка и все возрастающими требованиями, предъявляемыми к растущему организму.

В структуру двигательного дефекта при ДЦП могут быть отнесены:

- наличие парезов и параличей;
- нарушение мышечного тонуса;
- повышение сухожильных и периостатических рефлексов;
- синкинезии;
- недостаточное развитие цепных выпрямительных рефлексов;
- несформированность реакций равновесия и координации движений;
- нарушение ощущения движения;
- насильственные движения;
- защитные рефлексy;
- патологические рефлексy;
- позотонические рефлексy.

Особенности развития познавательной сферы. При ДЦП имеет место сложная структура дефекта. При ДЦП можно говорить об особом виде психического дизонтогенеза: о дефицитарном развитии. Данный вид психического дизонтогенеза возникает при тяжелых нарушениях отдельных анализаторных систем, в том числе и при нарушениях в функционировании двигательного анализатора при ДЦП. Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обуславливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного

аппарата. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Оптимальное развитие такого ребенка может происходить только при условии адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации, усугубляющие двигательную, познавательную и личностную недостаточность.

Психический дизонтогенез по дефицитарному типу и составляет основу аномалии психического развития у детей с ДЦП, определяет характерную возрастную динамику и неравномерность психического, двигательного и речевого развития. Выраженная диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики — это главные особенности познавательной деятельности и всей личности ребенка с ДЦП.

Считается, что от 25 до 35% с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие этих детей идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Потенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает полноценное, полностью соответствующее нормальному развитие.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

- нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;
- повышенная истощаемость всех психических процессов (цереброастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Цереброастенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма. В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Однако, как отмечает М. С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом». Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем. Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм, к нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой. Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма существуют осложненные формы — так называемый органический инфантилизм

Э. С. Калижнюк установила, что осознание дефекта у детей с ДЦП возникает чаще в возрасте 7—8 лет и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников, а также с социальной депривацией. Психогенные реакции, возникающие у таких детей, она разделила на два варианта:

- **невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными** — *гипостенический вариант* (чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению и т.д.);

- **агрессивно-защитные формы поведения** — *гиперстенический вариант* (аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии).

Психогенные реакции, протекающие на невротическом уровне, можно разделить на три группы, по их клинической выраженности: 1) астенофобические, 2) астенодепрессивные и 3) полиморфные синдромы с включением истерического компонента.

Дети с *астенофобическими проявлениями* робкие, застенчивые, смущаются и затормаживаются в новой обстановке. Повышенная пугливость, сензитивность отмечают у них в раннем периоде развития. Первый возрастной кризис (в 2—4 года) в связи с общей ретардацией развития несколько отставлен. Возраст овладения двигательными и речевыми функциями (3—5 лет) характеризуется нередко невротическими проявлениями, нарушениями соматовегетативной сферы, склонностью к привычным рвотам, энурезу, плаксивости, капризности. Второй возрастной кризис (11—12 лет), характеризующийся усилением астеноневротических проявлений нередко в сочетании с синдромом двигательной расторможенности, является аффективным этапом развития личности. И хотя истинного переживания дефекта в этом возрасте еще не наблюдается, дети сталкиваются с такой психотравмирующей ситуацией, как

недоброжелательное отношение к ним здоровых сверстников. Вследствие невозможности полного устранения этой ситуации возникает повышенная эмоциональная возбудимость, что в сочетании с органической церебральной недостаточностью является благоприятным фоном для проявления различного вида фобических реакций. Своеобразием аффективного реагирования детей с ДЦП является склонность к возникновению аффекта страха под влиянием малозначимых внешних воздействий.

У детей с *астенодепрессивной формой реакций* на первый план выступает осознание своей физической неполноценности. У них отмечается повышенная ранимость и опасения оказаться смешными в обществе незнакомых людей, а отсюда стремление максимально оградить себя от посещения многолюдных мест — своеобразная изоляция, в некоторых случаях достигающая степени выраженного астеносиндромного синдрома с суицидальными мыслями. У детей с гиперстеническими реакциями наблюдается *полиморфная симптоматика*. В период первого возрастного кризиса наряду с невротическими проявлениями чаще обнаруживаются более выраженные отклонения в поведении — двигательная расторможенность, упрямство, негативизм, истерические реакции.

Задания

1. Аннотация статьи. Мастюкова Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами // Дефектология. – 1975. - № 6.
2. Подготовьте сообщение на тему: «Психологическая помощь детям с церебральным параличом: направление и задачи».

Контрольные вопросы

1. Сущность и причины нарушений при детском церебральном параличе.
2. Особенности двигательного развития при ДЦП: структура двигательного дефекта.
3. Формы детского церебрального паралича: этиология, патогенез.
4. Особенности познавательных психических процессов при ДЦП.
5. Развитие личности детей с ДЦП. Исследования посвященные изучению эмоционально-волевой сферы.
6. Межличностные отношения детей с ДЦП. Специфика деятельности.
7. Психокоррекционные технологии для детей с детским церебральным параличом.

Основные понятия: опорно-двигательный аппарат, двигательные функции, детский церебральный паралич, рефлексорные формы двигательной активности, паралич, парез, тетраплегия, диплегия, гемиплегия, моноплегия, гиперрефлексия, синкинезии, гиперкинезы, кинестезии, позотонические рефлекссы, истощаемость психических процессов, инертность, патологическое застревание, дизартрия, психогенные реакции.

Тестовые задания

1. Виды психического дизонтогенеза (Лебединский В.В):
 - недоразвитие,
 - задержанное развитие,

- поврежденное развитие,
 - дефицитарное развитие,
 - искаженное развитие,
 - дисгармоническое развития
 - все ответы верны
2. Не прогрессирующее поражение центральной нервной системы, недоразвитие головного мозга, которое проявляется двигательными нарушениями (параличами, подергиваниями, нарушением речи), нарушением равновесия, возможно интеллектуальными расстройствами, эпилепсией.
- олигофрения
 - ДЦП
 - ЗПР
 - поврежденное развитие
 - искаженное развитие
 - асинхрония
3. В зависимости от повреждения систем мозга возникают различные двигательные расстройства, в связи с этим выделяют 5 форм ДЦП.
- Спастическая диплегия (болезнь Литтля).
 - Двойная гемиплегия.
 - Гемипатерическая форма.
 - Гиперкинетическая форма.
 - Атонически-астатическая форма (мозжечковая).
 - Все ответы верны
4. Причины детского церебрального паралича
- Предродовая и не имеет отношения к событиям во время родов причина
 - Преждевременные роды
 - Нарушение белого вещества
 - Мозговые травмы, генетические нарушения, кровоизлияния в мозг.
 - Недостаток кислорода в мозге.
 - В редких случаях, во время особенно трудных родов может возникнуть нарушение мозговой деятельности и как результат церебральный паралич.
 - Жестокое обращение с детьми в младенчестве.
5. Тетрапарез с преимущественным поражением ног:
- диплегия
 - спастическая диплегия
 - гемипарез
6. Тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее:
- двойная гемиплегия
 - спастическая диплегия
 - гемипарез
7. Двигательные нарушения определяются недостаточностью координации движений, несформированностью реакций равновесия, наличием низкого тонуса во всех группах мышц, недоразвитием выпрямительных рефлексов:
- гемипарезы
 - двойная гемиплегия
 - спастическая диплегия
 - атонически-астатическая форма ДЦП
8. Нарушение сложных форм произвольного целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений, силы, точности и координации движений.
- гемипарез
 - диплегия

- апраксия
- стереогноз
- нет верного ответа

9. Формы ДЦП.

- а) спастическая диплегия (синдром Литтла);
- б) спастическая демиплегия;
- в) двойная гемиплегия;
- г) атонически-астатический синдром;
- д) гиперкинетическая форма ДЦП;
- е) мозжечковая форма ДЦП.

10. Форма ДЦП, которая характеризуется нарушениями координации в сочетании со спастическими параличами, атонически-астатическим синдромом.

- а) спастическая диплегия (синдром Литтла);
- б) спастическая демиплегия;
- в) двойная гемиплегия;
- г) атонически-астатический синдром;
- д) гиперкинетическая форма ДЦП;
- е) мозжечковая форма ДЦП.

11. Содружественные тонические реакции мышц, возникающие при попытке произвольного движения

- патологические синкинезии
- диплегия
- апраксия
- стереогноз

12. Способность узнавать предметы путем их ощупывания.

- патологические синкинезии
- диплегия
- апраксия
- стереогноз
- нет верного ответа

13. С учетом специфики двигательных нарушений при ДЦП лечебная гимнастика имеет следующие основные задачи:

- Развитие выпрямления и равновесия, то есть так называемого постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу.
- Развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.
- Развитие зрительно-моторной координации.
- Торможение и преодоление неправильных поз и положений.
- Предупреждение формирования вторичного двигательного стереотипа.
- Все ответы верны

14. Помогает научиться управлять мышцами во рту, справляться с проблемами с пережевыванием пищи и артикуляцией звуков.

- речевая терапия
- физиотерапия
- трудовая терапия
- сенсорная коррекция

15. Факторы как биологических, так и социальных, которые ведут к патологическому развитию личности ребенка с ДЦП:

- грубая органическая патология (неврологическая - параличи и гиперкинезы, психопатологическая - интеллектуальная недостаточность и другие резидуально-органические расстройства);
- психотравмирующие обстоятельства;

- реакция на осознание и переживание дефекта ребенком

- все ответы верны

16. К психотравмирующим обстоятельствам, влияющим на развивающуюся личность ребенка, относятся следующие:

- переживание недоброжелательного отношения сверстников, положение отвергнутого или ситуация «мишень для насмешек», чрезмерного внимания окружающих;

- условия социальной депривации в связи с изменением межличностных отношений в детском коллективе и ограничением контактов, а также явлениями госпитализма, так как большинство больных находятся в больницах и санаториях длительный период;

- условия эмоциональной депривации из-за разлуки с матерью или ввиду неполной семьи, так как в 25% отцы оставляют семьи;

- психическая травматизация, связанная с лечебными процедурами (гипсованием, операциями на конечностях), после которых у некоторых детей возникают реактивные состояния, поскольку они надеются на непосредственный результат, быстрое излечение, тогда как им предстоит длительное лечение, выработка нового двигательного стереотипа;

- затруднения в процессе обучения в связи с параличами, гиперкинезами и пространственными нарушениями;

- условия сенсорной депривации из-за дефектов слуха, зрения

- нет верного ответа

- все ответы верны

17. Фищенко П.Я. выделяет следующие особенности детского церебрального паралича.

- Законченность патологического процесса и наличие остаточных явлений церебрального поражения.

- Возникновение патологического процесса на определенной стадии развития мозга, вследствие чего развитие мозга происходит с задержкой

- Стойкое недоразвитие высших психических функций

- Инфантилизм

18. Деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия

- психологическое консультирование

- психологический тренинг

- психотерапия

- психологическая коррекция

19. Задачи лечебно-педагогической работы

- В возрасте 1-3 лет — основная задача: развитие предметно-манипулятивной деятельности, сенсорных функций, речевого и предметно-действенного общения с окружающими, начальных форм социального поведения и самостоятельности.

- Развитие ощущений артикуляционных поз и движений.

- Развитие чувственности

- Все ответы верны

20. Особенности работы с детьми при наличии синдрома ДЦП:

- Дети с ДЦП нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе.

- Основные направления работы: развитие моторики речи, развитие коммуникативного поведения.

- Коррекционная работа должна проводиться дифференцированно с учётом формы заболевания и возраста ребёнка.

- На основе предметно-практической и игровой деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, стимулируют сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции. Используют методы торможения и облегчения. Тормозят нежелательные патологические движения, сопровождаемые повышением мышечного тонуса и одновременно облегчают произвольную сенсомоторную активность. Применяются различные приспособления для

фиксации головы, туловища и конечностей с целью облегчения функции артикуляционного аппарата, тренировки зрительно-моторной координации и других реакций.

- Использование методики кондуктивного воспитания, которая позволяет осуществлять неразрывную взаимосвязь в развитии моторики, речи и произвольной регуляции поведения.

- Ранняя логопедическая работа.

- Все ответы верны

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Основы специальной психологии под ред. Л.В.Кузнецовой – М., Академия, 2009, 480 с.
2. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста – М., Академия, 2007, 192с.
3. Психолого-педагогическая диагностика под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной – М., Академия, 2008, 320с.
4. Специальная психология под ред. В.И.Лубовского - М., Академия, 2009
5. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии – М., Академия, 2008, 176 с.

Дополнительная литература

1. Абрамович-Лехтман Р.Я. психологическая помощь детям с церебральными параличами // Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Г.И. Турнера. – Л., 1962.
2. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом.- Л., 1977.
3. Ипполитова М.В., Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральными параличами в семье. — М., 1993.
4. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. — М., 2001.
5. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2004.
6. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом.- М., 1985.
7. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А.Власовой. — М., 1985.
8. Семенова К.А. Речевые расстройства у детей с церебральными параличами. Хрестоматия по логопедии: в 2 т., Т. 1. – М.: ВЛАДОС, 1997.

Лабораторное занятие №4

Тема: Задержанное психическое развитие

Цель: изучить причины возникновения задержек психического развития, основные характеристики и возможности коррекции.

Формируемые компетенции:умением квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Теоретическая часть

Термин *«задержка психического развития»* был предложен дефектологами. Тем самым был выделен и обозначен еще один вариант, отличный от стойкого недоразвития. При задержке психического развития речь идет лишь о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере выражены нерезко. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы.

Различают четыре основных варианта задержки психического развития:

- 1) задержка психического развития конституционального происхождения;
- 2) задержка психического развития соматогенного происхождения;
- 3) задержка психического развития психогенного происхождения;
- 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В *клинико-психологической структуре* каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При задержке психического развития *конституционального происхождения* (гармонический, психический и психофизиологический инфантилизм), по определению Лорена и Ласега, инфантильности облика часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится как бы на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: яркости и живости эмоций, преобладанию эмоциональных реакций в поведении, игровых интересах, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины.

Эта «гармоничность» психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу.

Однако такая «инфантильная» конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни.

При так называемой *соматогенной задержке* психического развития эмоциональная незрелость, как указывалось, обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются и созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки.

Задержка психического развития *психогенного происхождения* связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности.

Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития *по типу психической неустойчивости*, неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду.

В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладает жестокость либо грубая авторитарность, нередко происходит формирование личности по невротическому типу, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, в робости, боязливости.

Задержка психического развития *церебрально-органического генеза* имеет наибольшую значимость для клиники и специальной психологии ввиду выраженности проявлений и необходимости специальных мер психолого-педагогической коррекции.

В случаях возникновения задержки психического развития в связи с постнатальными вредностями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3—4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость. Преобладание более поздних сроков поражения обуславливает

наряду с явлениями *незрелости* почти постоянное наличие и признаков *повреждения* нервной системы. Поэтому в отличие от олигофрении, которая часто встречается в виде неосложненных форм, в структуре задержки психического развития церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных), свидетельствующих о повреждении нервной системы.

Церебрально-органическая недостаточность определяет структуру задержки психического развития в виде явлений незрелости познавательных и эмоционально-волевых процессов. В эмоциональной сфере наблюдаются явления эмоциональной незрелости в виде так называемого органического инфантилизма. В отличие от психики ребенка более младшего возраста или проявлений конституционального инфантилизма при органическом инфантилизме эмоции характеризуются отсутствием живости и яркости, определенной примитивностью. При явном преобладании игровых интересов над учебными и в самой игре выступают однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения.

Особенности клинико-психологической картины органического инфантилизма в значительной мере связаны с преобладающим фоном настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания легко дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают. В беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе, не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели бы гулять или играть.

Для детей другой группы — с преобладанием пониженного настроения — характерна склонность к робости, боязливости, страхам. Этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие церебрастенические расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности. И у этих детей преобладают игровые интересы. Они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако на уроках ведут себя более правильно. Нередко они тяжело переживают свою школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом. Благодаря дисциплинированности и адекватным реакциям этих детей на неуспех у педагогов иногда формируется оптимистический взгляд на возможности их обучения. Однако этот прогноз в дальнейшем не получает подкрепления. В то же время отсутствие своевременной специальной помощи ведет к более тяжелой педагогической запущенности, чем у детей первой группы. Таковы основные проявления церебрально-органического инфантилизма.

Исследование детей с явлениями нарушения развития церебрально-органического генеза тестом Векслера выявило неоднородность показателей в отдельных группах. У детей первой группы суммарные данные (общий, вербальные и невербальные показатели) распределялись в пределах возрастной нормы. Однако, несмотря на благополучные средние показатели, выявлялись низкие результаты по отдельным вербальным субтестам. Так, например, по субтесту «словарь» в половине случаев результаты располагались в зоне умственной отсталости. В то же время по невербальным субтестам результаты, как правило, находились в пределах низкой нормы.

У детей второй группы основные показатели находились в промежуточной зоне — между умственной отсталостью и нормой. Низкие показатели были получены не только по вербальным, как в первой группе, но и невербальным субтестам. Более выраженная тяжесть дефекта снижала компенсаторные возможности этих детей. Если у детей первой группы при низких вербальных показателях общий интеллектуальный показатель достигал уровня нормы за счет показателей по невербальным субтестам, то у детей второй группы в связи с невысокими показателями и по невербальным субтестам общий интеллектуальный показатель находился в промежуточной зоне между нормой и умственной отсталостью.

Для психолога и педагога выявление дефицитарности базального звена тех или иных психических функций позволит понять причину трудностей в освоении школьных навыков, определить возможности и направление коррекции, а также прогноз развития.

Нейропсихологических исследований позволили выявить определенную иерархию нарушений познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза. В более легких случаях в ее основе лежит нейродинамическая недостаточность, связанная в первую очередь с *истощаемостью психических функций*. Однако при большей тяжести органического поражения мозга к более грубым нейродинамическим расстройствам, выражающимся в *инертности психических процессов*, присоединяется первичная дефицитарность отдельных корково-подкорковых функций: праксиса, зрительного гнозиса, памяти, речевой сенсомоторики и т.д. При этом отмечается определенная *парциональность, мозаичность их нарушений*. Вероятно, поэтому одни из этих детей испытывали трудности преимущественно в овладении чтением, другие — письмом, третьи — счетом и т.д. Парциальная недостаточность корковых функций в свою очередь приводит к недоразвитию наиболее сложных психических новообразований, включая произвольную регуляцию». Эти психологические данные подтверждают мнение, что иерархия нарушений психических функций при задержке психического развития церебрально-органического генеза обратна той, которая имеется при олигофрении, где первично страдает интеллект, а не его предпосылки.

Способы и массивность помощи, необходимой для преодоления имеющихся трудностей, подтверждают специфику недостаточности

познавательной деятельности при задержке психического развития церебрально-органического генеза.

В процессе обучения, основанного на теории поэтапного формирования умственных действий (П.Я.Гальперин), ребенок овладевал умениями членить узор кубиков Кооса на отдельные элементы с помощью специальной сетки, а затем и без нее, анализировать цветовую гамму узора, находить в каждом элементе угол и сторону, соотносить соответствующие признаки в пространстве узора. Отставание в формировании временно-пространственных представлений корригировалось отработкой на предметах и в речи таких отношений, как «верх—низ», «между», «от», «до» и др. Действие ведущей руки являлось материальной опорой для формирования представлений «справа—слева». Однако, овладев отдельными операциями, дети часто не могли использовать их в определенной последовательности. Как показало обучение, причиной этих трудностей являлось неумение детей составлять программу собственного действия.

Экспериментальное поэтапное обучение подтвердило данные психологического исследования, показывающие, что нарушения программирования были в значительной мере связаны с *недоразвитием речи*. До обучения дети, как правило, выполняли задание молча, скупое отвечали на предложение рассказать о сделанном. В тех случаях, когда удавалось построить фразу, возникали трудности при употреблении глаголов (последние часто вообще выпадали из фразы), в использовании предлогов, союзов, в согласовании слов. Настойчивые предложения проговаривать выполняемое действие вслух вызывали волнение, отказы, слезы. В то же время разрешение выполнять задание молча приводило к многочисленным ошибкам. При этом речевая пассивность могла «прорываться» достаточной активностью, когда высказывание определялось хорошо знакомой и аффективно насыщенной ситуацией (уровень «ситуативной речи»).

Таким образом, наблюдалась диссоциация между бытовой ситуативной и вербально-логической речью. Последняя требовала от ребенка *осознания* цели, составления программы высказывания, умения отобразить в высказывании все существенные связи предметного действия.

Н.А.Бернштейн сравнивал по структуре речь человека с математической алгеброй. Для нее характерно наличие условных знаков-символов и операторов, обозначающих отношения между ними и те действия, которые над ними надо произвести.

Это же характерно для структуры речи, содержащей номинативные символы (имена) и операторы: глаголы, служебные слова, предлоги, суффиксы, падежные окончания. Благодаря наличию операторов, прежде всего глаголов, и возникает связный текст высказывания. Как показали наблюдения за речью детей с задержкой психического развития, основные трудности у них возникают в процессе построения фразы.

Потребовалась специальная работа по развитию программирующей функции речи. Значительную роль в этом процессе сыграла пиктографическая запись, символизирующая с помощью значков и стрелок

предметы и действия с ними. Эта запись содержит некоторые универсалии (дискретность, обобщенность), аналогичные тем, которые имеются в речи. Благодаря такой записи создается возможность для соотнесения обобщенных категорий языка с символически представленными предметами и действиями. Чтение пиктографической записи стимулировало речевую активность ребенка, способствовало появлению в его речи наиболее семантически сложных словарных форм — глаголов, союзов, служебных слов. Таким образом, пиктографическая запись полезна для развития не только письменной (Л. С. Выготский), но и устной речи, осознания ее лексико-грамматического состава.

Таким образом, если у олигофренов нарушение речи наблюдалось на уровне слова, то у детей с задержкой психического развития — на уровне построения фразы.

В литературе обсуждается вопрос о роли *средовых факторов* (явлений депривации) в нарушениях интеллектуального развития.

В отличие от олигофрении, возникновение которой целиком связано с биологическим фактором, в формировании задержки психического развития даже церебрально-органического генеза определенная роль принадлежит и социальному фактору в виде неблагоприятных условий воспитания.

Ребенок с «минимальной мозговой дисфункцией» нуждается в активной стимуляции психического развития. В благополучной семье задержка его психического развития нередко может быть преодолена направленной активацией его возможностей. В семьях, не уделяющих детям достаточного внимания, психическое развитие ребенка с церебральной недостаточностью еще более замедляется за счет наложения микросоциальной и педагогической запущенности; аномалия развития становится значительно более стойкой и выраженной.

Помимо неблагоприятных условий воспитания в усугублении задержки психического развития играет роль и другой психогенный фактор. Ситуация систематического неуспеха, в которую дети с задержкой психического развития попадают, поступая в массовую школу, не только отрицательно влияет на их дальнейшее интеллектуальное развитие, но и способствует аномальному формированию личности.

Неблагоприятное положение детей с задержкой психического развития в среде сверстников рождает у них ряд гиперкомпенсаторных реакций. Стремясь обеспечить себе успех, они еще прочнее фиксируются в своей деятельности на более раннем возрастном интеллектуальном уровне, в частности на игре, дающей больше шансов на успех. Таким образом, игровые интересы этих детей не только определяются незрелостью эмоциональной сферы, но и вторично закрепляются неуспехом в школьной деятельности. Все это усугубляет нарушения адаптации этих детей к школьным условиям, способствует их невротизации, а в более старшем возрасте — и нарушению поведения.

Микросоциальной запущенность. Недостаточность уровня развития навыков, умений и знаний у ребенка с полноценной нервной системой, но

длительно находящегося в условиях недостатка информации, интеллектуальной, а часто и эмоциональной депривации. В социально неблагополучных семьях (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности) может задерживаться интеллектуальное развитие ребенка и со здоровой нервной системой.

Однако как психологическая структура этого недоразвития, так и его прогноз будут иными, чем при задержке психического развития, обусловленной болезненным фактором. «Мозаичность» знаний, представлений и понятий такого микросоциально запущенного ребенка, асинхрония в его развитии будут связаны не с парциальностью недостаточности его высших корковых функций, а с особенностью воспитания и окружения. Такой ребенок будет хорошо ориентирован в довольно сложных, но знакомых ему ситуациях, проявит в них самостоятельность, гибкость и инициативу, будет достаточно осведомлен и сообразителен в вопросах, представляющих для него интерес.

Задания

1. Подготовьте психотехники, направленные на коррекцию мыслительных операций у детей с ЗПР.
2. Написать доклад на тему «Гиперкомпенсаторные реакции у детей с задержанным психическим развитием»

Контрольные вопросы

1. Общая характеристика задержанного психического развития.
2. Причины и механизмы слабовыраженных отклонений.
3. Классификация задержек психического развития по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу.
4. Характеристика когнитивной сферы.
5. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ЗПР,
6. Коммуникативные характеристики детей с ЗПР. Особенности образа Я.
7. Игровые интересы у детей с ЗПР как пример гиперкомпенсаторных реакций.
8. Психокоррекционные технологии при задержке психического развития у детей и подростков.

Основные понятия: задержанное психическое развитие, инфантилизм, темп развития, пресыщаемость в интеллектуальной деятельности, соматогенная задержка, незрелость эмоциональной сферы, педагогическая запущенность, импульсивность, графомоторные нарушения, эмоциональная неустойчивость, двигательное беспокойство, отвлекаемость, «прилипание внимания», аграмматизмы, недостаточность речевой моторики, изолированный фонетический дефект, трудный темперамент.

Список литературы, рекомендуемый к использованию по данной теме

Основная литература

1. Основы специальной психологии под ред. Л.В.Кузнецовой – М., Академия, 2009, 480 с.

2. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста – М., Академия, 2007, 192с.
3. Психолого-педагогическая диагностика под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной – М., Академия, 2008, 320с.
4. Специальная психология под ред. В.И.Лубовского - М., Академия, 2009
5. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии – М., Академия, 2008, 176 с.

Дополнительная литература

1. Агавелян О. К. Социально-перцептивные особенности детей с нарушениями развития. — Челябинск, 1999.
2. Айзенберг Б. И., Кузнецова Л. В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития: Психотерапия в дефектологии. — М., 1992.
3. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. - М., 1983. - Т. 5.
4. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, В.И.Лубовского, Н.А.Цыпиной. — М., 1984.
5. Дмитриева Е. Е. Об особенностях общения со взрослым шестилетних детей с ЗПР//Дефектология. — 1988. — № 1.
6. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1993.
7. Кулагина И. Ю., Пускаева Т.Д. Познавательная деятельность и ее детерминанты при ЗПР // Дефектология. — 1989. — № 1.
8. Кучма В. Р., Платонова А. Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. — М., 1997.
9. Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). — М., 1978.
10. Переслени Л. И. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности младших школьников. — М., 1996.
11. Переслени Л. И., Слободяник Н. П. Опыт использования теста Г.Витцлака при обследовании детей, поступающих в школу // Детский практический психолог. — 1996. — № 1,2.
12. Петрова В. Г., Белякова И. В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? — М., 1998.
13. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. — М., 1986.

Лабораторное занятие №5

Тема: Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях.

Цель: понимание особенностей интеллекта в норме и патологии; умение дифференцировать различные формы интеллектуальных нарушений.

Формируемые компетенции: умением квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Теоретическая часть

Олигофрения — группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3-х лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Несмотря на то, что термин «олигофрения» (малоумие) применил впервые Э. Крепelin еще в 1915 году, объединив в ней состояния, имеющие патогенетическую основу — тотальную задержку психического развития, — все же до настоящего времени единого мнения о границах олигофрении не существует.

В зарубежной литературе (A. Tredgold, L. S. Penrose, K. Adachi) имеется тенденция к расширению понятия олигофрении, под которым понимается нарушение умственного развития, обусловленное поражением центральной нервной системы, включая различные наследственные заболевания, сопровождающиеся синдромом слабоумия с прогредиентным течением. В группу олигофрении D. Jervis относит все психические заболевания, где имеются признаки слабоумия (эпилептическое и травматическое слабоумие, конечные состояния при шизофрении и др.). Одновременно автор относит к олигофрении и детей с низким уровнем интеллектуального развития, без каких бы то ни было органических изменений центральной нервной системы.

М. С. Певзнер определяет олигофрению как особый вид аномального развития, возникающего в результате либо наследственной патологии, либо поражения зачатка или плода во время внутриутробного развития, либо поражения центральной нервной системы на самых ранних этапах развития ребенка, и характеризующегося недоразвитием всей познавательной деятельности и, в особенности, мышления. Г. Е. Сухарева считает, что при олигофреническом слабоумии преимущественно недоразвиты наиболее дифференцированные филогенетически молодые системы при большей сохранности ранее сложившихся, эволюционно более старых систем.

Эти положения получили свое подтверждение в работах клиницистов, физиологов, психологов и в других смежных дисциплинах. В работах Г. И. Полякова, И. Н. Филимонова, И. С. Преображенской, Е. П. Кононовой и других было доказано, что филогенетически более старые поля коры головного мозга развиваются более интенсивно в пренатальном периоде, а более новые — в постнатальном. Так, кора полей 44 и 45 в пренатальном периоде расширена на 30-40%, а в постнатальном периоде поле 45 расширено на 95%.

В неврологической картине олигофрении трудно выделить типичные для всех форм умственной отсталости признаки. Е.Н. Правдина-Бинарская указывает, что при олигофрении в степени дебильности имеется остаточная

неврологическая симптоматика, которая проявляется в нарушениях произвольных движений, восприятий и анализа различных афферентных раздражений. В ряде случаев неврологическое исследование обнаруживает более грубую, очаговую симптоматику, а также наличие неврологических симптомов, указывающих на поражение подкорковых образований. Исследование электрической активности мозга детей-олигофренов (G. Kreezer, E. Schutz, Н. Н. Зислина, Л. А. Новикова) показало, что в подавляющем большинстве случаев отклонения от нормы у них выражаются в неустойчивости альфа-ритма, снижении его амплитуды и индекса. По сравнению с нормой резко возрастает число случаев, при которых на электроэнцефалограмме регистрируются патологические медленные волны (тета и дельта-ритмы).

Отклонения от нормы отмечаются и в физическом развитии олигофренов, для которых характерно отставание в росте, диспластичность телосложения, половое развитие часто задержано. Встречаются также пороки развития внутренних органов и органов чувств (зрения и слуха). Двигательная сфера недоразвита. Нарушены темп, плавность, ритмичность и точность движений. Все эти признаки недоразвития имеют разную степень выраженности, зависящую от формы олигофрении.

Имеющиеся в литературе данные о патологической анатомии олигофрении свидетельствуют в большинстве случаев лишь о наиболее грубых степенях этого недоразвития. И. Б. Штерн, М. Б. Гуревич отмечают два рода анатомических изменений, свойственных олигофрении. Одни из них указывают на недоразвитие мозга, при котором нередко наблюдается слабое развитие полушарий, недостаточное развитие извилин – явления агирии и микрогирии, уменьшение количества корковых слоев, неправильное расположение клеток по слоям, малое количество нервных клеток, недоразвитие белого вещества и т.д. Эти анатомические изменения обусловлены ранним внутриутробным поражением.

При органических поражениях, возникших на более поздних этапах, анатомические изменения носят несколько иной характер. В этих случаях часто отмечается утолщение оболочек и сращение их с мозговой тканью, иногда наблюдаются склеротические очаги запустения, кисты, гнездные или разливные атрофии. В большинстве анатомических исследований отмечается наличие остаточной гидроцефалии в виде скопления ликвора в субарахноидальных пространствах, расширение желудочков мозга, изменений эпиндимы.

Исследования В. И. Лубовского, Е. Н. Марциновской, А. И. Мещерякова показывают, что у олигофренов отмечаются значительные нарушения в протекании нервных процессов, характеризующих работу коры полушарий головного мозга. Эти исследования указывают, что на фоне недоразвития всей высшей нервной деятельности наибольшую роль играет нарушение подвижности нервных процессов. Именно инертность нервных процессов, особенно инертность, отмечающаяся на уровне словесной системы,

выявляется при всех формах олигофрении, вне зависимости от варианта дефекта (М. С. Певзнер, В. И. Лубовский).

Общее в клинической картине различных форм олигофрении проявляется в качественной характеристике олигофренического слабоумия, где имеется диффузное «тотальное» недоразвитие всей познавательной деятельности. Признаки недоразвития обнаруживаются в особенностях речи, моторики, страдает также восприятие, память и внимание, имеются эмоционально-волевые нарушения. Ведущим симптомом при олигофрении является недоразвитие способности к отвлечению и обобщению. В основу диагностики олигофренического слабоумия в отечественной психиатрии положен клинико-психопатологический подход. Главными критериями олигофрении являются:

- 1) своеобразная психопатологическая структура слабоумия с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы;
- 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, являющейся следствием нарушения онтогенетического развития;
- 3) замедленный темп психического развития индивида.

Вспомогательное значение имеет критерий нарушения социальной адаптации в детском возрасте, в частности критерий невозможности усвоения программы обучения в массовой школе.

Контрольные вопросы

1. Олигофрения. Этиология, патогенез, клиника олигофрении.
2. Степени умственной отсталости: дебильность, имбецильность, идиотия
3. Основные клинико-психопатологические критерии олигофрении и деменции.
4. Эпилептическое слабоумие.
5. Шизофреническое слабоумие.
6. Методы психологической коррекции детей с умственной отсталостью.

Основные понятия темы: интеллект, иерархическая модель интеллекта, факторная модель интеллекта, познавательные действия, интеллектуальное нарушение, олигофрения, умственная отсталость, деменция.

Тестовые задания

1. Историю развития методов психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии условно можно разделить на:

- а). 2 этапа;
- б). 3 этапа;
- в). 4 этапа;
- г). 5 этапов.

2. Особая роль в изучении детей с интеллектуальной недостаточностью принадлежит французскому врачу и педагогу середины XIX века:

- а). Э. Сегену;
- б). Ж. Пиаже;
- в). Ж. Шарко;
- г). П. Жане.

3. Первая в Италии женщина – доктор медицины, убедительно доказавшая, что возможно создавать условия для саморазвития ребенка с помощью специальных игровых материалов, и что умелое использование психологами и педагогами этих материалов способствует раскрытию потенциальных возможностей развивающейся личности – это:
- а). М. Паккори;
 - б). М. Монтессори;
 - в). М. Мингони;
 - г). нет верного ответа.
4. Выдающийся отечественный исследователь в области дефектологии и специальной психологии, создавший единую концепцию аномального развития:
- а). Л. С. Выготский;
 - б). С. Л. Рубинштейн;
 - в). А. С. Грибоедов;
 - г). П. Я. Трошин.
5. В переводе с латинского языка слово «коррекция» означает:
- а). поправку, частичное исправление или изменение;
 - б). лишение, недостаточность;
 - в). дополнение;
 - г). все вышеперечисленное.
7. Комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий, направленных на выявление и ликвидацию имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств:
- а). психокоррекция детей и подростков;
 - б). психотерапия детей и подростков;
 - в). психоконсультирование детей и подростков;
 - г). специализированное обучение детей и подростков с нарушениями в развитии.
9. В практике психокоррекционной работы с детьми с проблемами в развитии выделяются несколько моделей причин нарушения развития:
- а). биологическая модель;
 - б). медицинская модель;
 - в). интеракционная модель;
 - г). психологическая модель;
 - д). деятельностная модель.
10. Одним из принципов психологической коррекции, предполагающий подход к ребенку как целостной личности с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей:
- а). принцип комплексности;
 - б). принцип единства диагностики и коррекции;
 - в). принцип личностного подхода;
 - г). принцип деятельностного подхода.
12. Виды психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии, которые можно выделить, опираясь на тип дизонтогенеза:
- а). психокоррекция при психическом недоразвитии;
 - б). психокоррекция задержанного психического развития;
 - в). Коррекция эмоционального развития ребенка;
 - г). Психологическая коррекция поведения;
 - д). психокоррекция при искаженном психическом развитии.
13. В рамках какого направления был разработан ряд методик построения новых установок, навыков, способствующих адекватному взаимодействию с окружающей средой:
- а). когнитивный подход;
 - б). клиент-центрированный подход;

в). поведенческий подход;

г). психодинамический подход.

15. Эффективность психокоррекционных воздействий в значительной степени зависит от:

а). формы проведения психокоррекционной работы;

б). подбора и комплектации коррекционных групп;

в). продолжительности и режима психокоррекционных занятий;

г). всего вышеперечисленного.

Список литературы, рекомендуемый к использованию

Основная литература

1. Ахвердова О.А., Белашева И.В., Терещенко Э.В. Психология аномального развития. - Ставрополь: 2009, Изд-во СГУ. - 326 с.

2. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений. Учебн. пособие для студентов вузов – М, 2009

Дополнительная литература

1. Абрамова Г. С, Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: Учебное пособие. —М., 1998.

2. Лебединский В. В., Лебединская К. С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. Учебное пособие - М.: «Академический проект», ISBN: 978-5-8291-1289-9. 2011г. – 304с.

Информационные ресурсы:

www.pedlib.ru/Books/3/0244/3_0244-1.shtml библиотечная система

psychology.net.ru/shop/book.html?book=157917 – психологический сайт

www.koob.ru/homskaja/homskaja_neuropsychology - электронная библиотека

Лабораторное занятие №6

Тема: Особенности развития лиц с умственной отсталостью

Цель: рассмотреть проблемы эмоционально-волевой сферы у умственно отсталых, а также особенности их воспитания, обучения и социальной адаптации

Формируемые компетенции: умением описывать и анализировать процесс и результаты вмешательства, формулировать рекомендации по результатам проведенного обследования (ПК- 12);

Теоретическая часть

Существенное место среди многообразных черт личности принадлежит эмоциям которые оказывают влияние на любое проявление человеческой активности. Л. С. Выготский, высказавший мысль о тесном взаимодействии и внутреннем единстве интеллектуальной и эмоциональной сфер, считал, что у ребенка при умственной отсталости соотношение между интеллектом и аффектом иное, чем в норме, и что именно эта характеристика важна для понимания своеобразия его психики. Формирование эмоций - важнейшее условие становления личности человека.

Проявление эмоций у умственно отсталого ребенка зависит от его возраста, от глубины и качественного своеобразия структуры дефекта (принадлежности к определенному клиническому варианту олигофрении) и, конечно, от социальной среды, в которой он находится.

Дети младшего дошкольного возраста отзывчивы на похвалу, одобрение, порицание. Различают ласковую и недовольную интонации. Они не могут выражать свои эмоции вербально. Свое отношение к человеку они выявляют прикосновением к нему, улыбкой, заглядыванием в лицо. Некоторые дети при этом произносят отдельные звуко сочетания или простые, не всегда правильно звучащие слова типа "мама", "любу".

Дети с видимым удовольствием играют со взрослым в примитивные игры, сопровождая их в какой-то мере звукоподражанием или "детскими" словами. Старшие дошкольники более адекватно понимают окружающую их обстановку. Они лучше, чем дети младшего дошкольного возраста, владеют речью и могут не только выразить свои эмоции криком или поведением, но и сказать, что им нравится или не нравится, пользуясь словом, объяснить, что они хотят получить ту или иную привлекательную для них игрушку. Эти дети с удовольствием слушают выразительно читаемые или рассказываемые доступные для их понимания простейшие тексты, включающие эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они выражают сочувствие добрым героям отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для них ситуации дошкольники способны к сопереживанию, к эмоциональному отклику на обстоятельства, в которых оказался другой человек. Как правило, дети проявляют отчетливо выраженное положительное отношение к своим родным и близким. Они любят своих родителей и воспитателей и обнаруживают это со всей очевидностью.

В зависимости от клинического варианта дефекта дошкольники ведут себя по-разному, проявляя свои эмоции. Возбудимые дети берут игрушку и тут же ее бросают. Движения у них быстрые, речевое сопровождение громкое, эмоциональные реакции неустойчивы и поверхностны. Проявления гнева, обиды, радости выражаются бурно, импульсивно и не контролируются детьми.

Заторможенные умственно отсталые дошкольники действуют вяло, нерешительно. Они кажутся мало эмоциональными, хотя их переживания нередко бывают устойчивыми и достаточно глубокими.

Дети с сохранным поведением эмоционально несколько более устойчивы, хотя их поведение и переживания отражают слабое осознание окружающей обстановки.

И в более старшем - школьном - возрасте эмоциональная сфера умственно отсталых детей, особенно в младших классах, характеризуется незрелостью и недоразвитием. Дети склонны к полярным, лишенным тонких оттенков эмоциям. Их эмоции поверхностны, неустойчивы, подвержены быстрым и нередко резким изменениям. У некоторых умственно отсталых школьников наблюдается затянutosть, инертность эмоциональных реакций, часто имеющих ярко выраженный эгоцентрический характер. Не всегда возникающие у ребенка эмоции адекватны оказываемым на него внешним воздействиям. Учащиеся с нарушением интеллекта весьма слабо

контролируют свои эмоциональные проявления, а часто и не пытаются этого делать.

Вместе с тем необходимо отметить, что учащиеся даже младших классов не остаются равнодушными при прослушивании доступных для их понимания текстов, включающих эмоционально-окрашенные компоненты, а в своих пересказах не пропускают их, акцентируют на них внимание, воспроизводят с большей выразительностью и правильностью, чем другие части воспринятого.

Умственно отсталый ребенок, а тем более подросток, оказавшись в доступной его пониманию ситуации, способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека и стремится оказать ему ту или иную помощь.

Развитие эмоциональной сферы умственно отсталых школьников в большой мере определяется внешними условиями, важнейшими из которых являются специальное обучение и правильная организация всей жизни детей. Присущие этим ученикам импульсивные проявления обиды, злости, радости и т. п. постепенно сглаживаются под воздействием обучения и воспитания. У детей появляется осмысливание своих действий и поступков, формируются положительные привычки и правильное бытовое поведение, необходимые для их успешной социальной адаптации.

Чувства умственно отсталых детей незрелы, недостаточно дифференцированы: тонкие оттенки чувств им недоступны, они могут только испытывать удовольствие и неудовольствие. Умственно отсталые дети различаются и по характеру чувств: одни поверхностно переживают все жизненные события, быстро переходя от одного настроения к другому, а другие отличаются большой инертностью переживаний, застреваемостью на каких-либо незначительных событиях (Кононова М. П.).

Особенности потребностей и развития интеллекта, определяющие незрелость личности, проявляются в своеобразии эмоциональной сферы.

Чувства умственно отсталого индивида долгое время недостаточно дифференцированы. Нет оттенков переживаний. Диапазон чувств не велик. Переживания примитивны, полюсны: либо только удовольствие, либо неудовольствие, без всяких нюансов.

Большое влияние эгоцентрических эмоций на оценочные суждения - проявление их личностной незрелости. Они высоко оценивают лишь тех, кто приятен, или то, что доставляет удовольствие.

Эмоциональная косность умственно отсталого индивида тесно связана с косностью интеллектуальной. По мере развития личности ребенка эти отношения несколько меняются.

"Осознанная функция приобретает и иные возможности действия. Осознать - значит в известной мере овладеть. Высшим психологическим функциям в такой же мере присуща иная интеллектуальная, как и иная аффективная природа. Все дело заключается в том, что мышление и аффект представляют собой части единого целого - человеческого сознания" (Выготский Л. С.).

Развитие высших чувств связано с изменением отношений между аффектом и интеллектом. Слабость интеллектуальной регуляции чувств обнаруживается в том, что умственно отсталые дети ничем не корректируют своих чувств сообразно ситуации, не могут найти удовлетворение какой-либо своей потребности в ином действии, замещающем первоначально задуманное. Умственно отсталый ребенок может понять, что причинивший ему огорчение учитель вовсе не хотел его обидеть, однако доводы рассудка не помогают ему подавить в себе чувство обиды. С опозданием и с трудом формируются высшие духовные чувства: совесть, чувства долга, ответственности, самоотверженности и т. д. Слабость мысли тормозит формирование этих высших чувств. Такие чувства могут быть воспитаны у части умственно отсталых детей. До тех пор пока не воспитаны высшие чувства, по мере роста ребенка стихийно все большее место занимают элементарные потребности и, следовательно, эмоции.

У многих умственно отсталых лиц обнаруживаются болезненные проявления чувств: у одних - слабодушие с вспышками раздражительности; у других - дисфории. В более редких случаях могут наблюдаться немотивированное повышенное настроение или апатия, нежелание двигаться, потеря детских интересов и привязанностей.

Обобщая, можно сказать, что эмоции умственно отсталых индивидов недостаточно дифференцированы, неадекватны. С трудом формируются высшие чувства: гностические, нравственные, эстетические и др. Преобладают непосредственные переживания конкретных жизненных обстоятельств. Настроение, как правило, неустойчивое. Однако степень эмоционального недоразвития не всегда соответствует глубине интеллектуального дефекта.

Волевая сфера у умственно отсталых лиц характеризуется недостатком инициативы, неумением руководить своими действиями, неумением действовать в соответствии со сколько-нибудь отдаленными целями. Они откладывают самые неотложные дела, например, срочную починку одежды. Они устремляются за пригласившим сверстником погулять, вместо того чтобы идти в школу и т. д. "В дефекте овладения собственным поведением лежит главный источник всего недоразвития умственно отсталого ребенка" (Выготский Л. С.).

Для умственно отсталых лиц характерны несамостоятельность, безынициативность, неумение руководить своими действиями, неумение преодолевать малейшие препятствия, противостоять любым искушениям или воздействиям, которые сочетаются с волевыми нарушениями противоположного типа. Сюда относятся неожиданные проявления настойчивости и целеустремленности, умение преодолевать некоторые трудности, обдуманность поведения, возникающие при появлении элементарного стремления получить пищевое удовлетворение, скрыть проступок, добиться удовлетворения эгоистических интересов. При обычной вялости и безынициативности иногда можно видеть безудержность, непреодолимость отдельных желаний. Умственно отсталый ребенок часто не

способен отказаться от чего-либо непосредственно желаемого даже ради более важного и привлекательного, но далекого.

Как правило, умственно отсталые лица внушаемы, некритично воспринимают указания и советы окружающих людей. Их легко подговорить обидеть близкого или слабого человека, сломать нужную вещь и т. д. Наряду с этим могут проявить необычайное упрямство, бессмысленное сопротивление разумным доводам, сделать наперекор тому, о чем их просят.

Эти контрасты проявлений воли - выражение незрелости личности, недоразвитие духовных потребностей.

Незрелость личности, неразвитость самообладания и разумной переработки текущих внешних впечатлений приводит к обилию импульсивных примитивных, непосредственных реакций на внешние воздействия. Ребенок хватается приглянувшуюся ему вещь, не задумываясь о последствиях.

Волевая сфера умственно отсталых дошкольников находится на самых начальных этапах развития. Ее становление непосредственно связано с появлением речи, которая позволяет ребенку понять необходимость того или иного способа действия. Однако формирование произвольной регуляции поведения умственно отсталого ребенка затруднено. Дошкольники не могут контролировать свои поступки, желания. Большинство из них неспособны подчинить свое поведение требованиям, которые предъявляют им родители, воспитатели, детский коллектив. Действия детей нередко носят импульсивный характер, а их поведение часто не соответствует общепринятым правилам и нормам.

Недоразвитие волевой сферы сказывается на нарушении поведения. Им свойственны безынициативность, несамостоятельность, слабость внутренних побуждений, внушаемость, сниженная мотивация, причем не только в учебной, но даже в игровой и трудовой деятельности. Их ставит в затруднительное положение любое препятствие или неудача, они не могут противостоять возникающим желаниям. Однако дети способны проявить волевое усилие в тех случаях, когда знают, как надо действовать, и испытывают потребность в этом действии. Тогда из вялых, безынициативных детей они превращаются в настойчивых, безудержных. Такие резкие контрасты в проявлении воли есть результат незрелости личности.

Обучение в специальной школе приводит к существенным сдвигам в развитии у умственно отсталых детей волевой регуляции поведения: появляется умение сдерживать свои импульсивные реакции и подчинять их требованиям ситуации (М. Г. Царцидзе).

Волевая активность, формирующаяся под воздействием коррекционно-направленного обучения, в значительной мере способствует умственному, речевому и в целом личностному развитию этой категории детей. Повышается объем внимания, его устойчивость; увеличивается объем памяти, возрастает ее продуктивность. В свою очередь развитие мышления, речи, памяти стимулирует формирование волевых качеств личности.

"Социальная полноценность есть конечная целевая точка воспитания, так как все процессы сверхкомпенсации направлены на завоевание социальной позиции" (Выготский Л. С.).

Коррекционный воспитательский процесс является мобилизацией психических ресурсов.

Задача психологической абилитации - создание, если тому не препятствует тяжесть психических нарушений, равновесия в психике и поведении ребенка, соответствующее требованиям среды, в которой он живет. Конечная цель психологической абилитации - включение и интегрирование поведения умственно отсталого подростка (ребенка) в социальную среду в соответствии с требованиями жизни.

Усилия коррекционного воспитания направлены именно на создание системы методов и средств социальной адаптации с учетом всей сложности нарушений развития психики у детей и подростков. Вместе с тем они должны быть доступны для осуществления в обычных условиях образовательных или лечебных учреждений при наличии руководящей помощи со стороны психологов, педагогов и врачей.

Отклонения в психике и поведении детей и подростков с нарушениями развития определяются многими факторами: существованием стойких интеллектуальных нарушений, наличием в клинической картине эмоциональных, двигательных нарушений и т. д.; неизменностью основной психической патологии; периодичностью или приступообразностью появления и течения других осложняющих нарушений психики или поведения. Психическая патология у детей с нарушениями развития различна не только по своим проявлениям, но и по тяжести и происхождению. Естественно, что их поведение зависит от возрастных и индивидуальных особенностей.

Каковы бы ни были особенности психического отставания детей и подростков, порождающие различные по проявлениям и выраженности отклонения в поведении, во всех случаях нарушается равновесие между ними и окружающей средой, что приводит к возникновению затруднений в приспособлении к ней.

В связи с нарушенной адаптацией эти дети и подростки испытывают большие или меньшие затруднения, мешающие им проявить себя подобно большинству других интеллектуально полноценных детей, и нуждаются в помощи, так как без нее они не способны интегрироваться в социальной среде и занять свое место в обществе.

Показания, обуславливающие необходимость психолого-педагогической абилитации, различны. Социально-экономические показания возникают в тех случаях, когда подросток (ребенок) из-за нарушенного психического равновесия, ограниченных способностей при отставании в психическом развитии не в состоянии полноценно включиться в учебный труд и вписаться в режим учебного учреждения.

Переживания своих затруднений создаст дополнительные расстройства, напрямую не связанные с основным нарушением: тревожность,

подавленность, неверие в свои силы, что ухудшит и без того невысокую работоспособность, адаптивные возможности и может привести к серьезным дополнительным расстройствам психики. Именно в этих случаях появляются психологические показания для абилитации, в ходе которой должны будут сформированы новые отношения, новые навыки, соответствующие возрастным и индивидуальным особенностям подростка (ребенка) и необходимые для социальной адаптации и трудоспособности.

Задания

1. Составьте схему «Патологические чувства у лиц с умственной отсталостью»
2. Определите какие, на ваш взгляд факторы, будут способствовать формированию высших чувств у лиц с умственной отсталостью?
3. Составьте список педагогических приемов способствующих формированию волевых качеств у лиц с умственной отсталостью.

Контрольные вопросы

1. Особенности эмоционально-волевой сферы лиц с умственной отсталостью.
2. Воспитание умственно отсталых детей и подростков.
3. Обучение умственно отсталых детей и подростков.
4. Социальная адаптация умственно отсталых детей и подростков.

Список литературы, рекомендуемый к использованию

Основная литература

1. Ахвердова О.А., Белашева И.В., Терещенко Э.В. Психология аномального развития. - Ставрополь: 2009, Изд-во СГУ. - 326 с.
2. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений. Учебн. пособие для студентов вузов – М, 2009

Дополнительная литература

1. Абрамова Г. С, Юдич Ю. А. Психология в медицине: Учебное пособие. —М., 1998.
2. Лебединский В. В., Лебединская К. С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. Учебное пособие - М.: «Академический проект», ISBN: 978-5-8291-1289-9. 2011г. – 304с.

Информационные ресурсы:

www.pedlib.ru/Books/3/0244/3_0244-1.shtml библиотечная система

psychology.net.ru/shop/book.html?book=157917 – психологический сайт

www.koob.ru/homskaja/homskaja_neuropsychology - электронная библиотека

Лабораторное занятие №7

Тема: Синдромом раннего детского аутизма

Цель: рассмотреть особенности психического развития лиц с ранним детским аутизмом, выявить причины возникновения, механизмы протекания и возможности коррекции.

Формируемые компетенции: умением формулировать цели, разрабатывать стратегии и план обучения, выбирать и использовать современные технологии обучения, обеспечить системность представления учебного

материала, создавать рациональную структуру и содержание занятий, оценивать и совершенствовать программы обучения (ПК-17);

Теоретическая часть

К задачам первостепенной важности данного раздела специальной психологии можно отнести:

- 1) разработка принципов и методов раннего выявления РДА;
- 2) вопросы дифференциальной диагностики, различение от сходных состояний, разработка принципов и методов психологической коррекции;
- 3) разработка психологических основ устранения дисбаланса между процессами обучения и развития детей.

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 установления 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 случайного произнесения отдельных слов и даже 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. Для ребенка с РДА характерны речевые эхолалии (стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов), длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами: «дать пить»,

«накрыть» и т.д. Обращает на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка;

- *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 (пример развития ребенка с РДА дан в приложении).

Различают четыре группы детей с РДА, которые представляют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

При успешной коррекционной работе ребенок поднимается по этим своего рода ступеням социализированного взаимодействия. Точно так же при ухудшении или несоответствии образовательных условий состоянию ребенка будет происходить переход к более несоциализированным формам жизнедеятельности.

Для детей 1-й группы характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте. Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Главное для такого ребенка — не иметь с миром никаких точек соприкосновения.

Установление и развитие эмоциональных связей с таким ребенком помогает поднять его избирательную активность, выработать определенные устойчивые формы поведения и деятельности, т. е. осуществить переход на более высокую ступень отношений с миром.

Дети 2-й группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в отношениях с миром. Родители обычно указывают на задержку психического развития таких детей, прежде всего — речи;

отмечают повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипии. У них возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Однако несмотря на тяжесть различных проявлений, эти дети гораздо более приспособлены к жизни, чем дети первой группы.

Детей 3-й группы отличает несколько другой способ аутистической защиты от мира — это не отчаянное отвержение окружающего мира, а сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. Родители, как правило, жалуются не на отставание в развитии, а на повышенную конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. Основная проблема такого ребенка в том, что созданная им

программа поведения не может быть приспособлена им к гибко меняющимся обстоятельствам.

У детей 4-й группы аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Этот ребенок слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи этим детям должно заключаться в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности от переживания реализации своих собственных интересов и предпочтений. Для этого главное — обеспечить для ребенка атмосферу безопасности и принятия. Важно создавать четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.

В целом для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных ограниченных областях, таких, как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов, обуславливающих развитие личности по аутистическому типу, является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется прежде всего в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100% наблюдений (К.С.Лебединская) при аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми — комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов.

К. С.Лебединская и О. С. Никольская выделяют три группы страхов:

1) типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);

2) обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);

3) неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О. С. Никольская характеризует детей 1-й группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2-й группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик. Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными

признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некоей опасностью. Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация — они остаются актуальными на протяжении многих лет и конкретная причина страхов определяется далеко не всегда. У детей 3-й группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застревает не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4-й группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализированная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенным у детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

Контрольные вопросы

1. Клинико-психологическая характеристика детей с ранним детским аутизмом.
2. История развития психологии детей с РДА как направления специальной психологии.
3. Приины и механизмы возникновения РДА.
4. Особенности психического развития у детей с РДА в зависимости от степени тяжести аффективной патологии.
5. Особенности межличностных взаимоотношений у детей с РДА.
6. Основные направления психологической коррекции и психокоррекционные технологии для детей с РДА.

Основные понятия: синдром раннего детского аутизма, стереотипность в поведении, задержка речевого развития, параутизм, повышенная сенсорная ранимость, речевые штампы, бредоподобные страхи, мутизм, эхолалии, самоагрессия, «феномен тождества».

Список литературы:

Основная литература

1. Основы специальной психологии под ред. Л.В.Кузнецовой – М., Академия, 2009, 480 с.
2. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста – М., Академия, 2007, 192с.
3. Психолого-педагогическая диагностика под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной – М., Академия, 2008, 320с.
4. Специальная психология под ред. В.И.Лубовского - М., Академия, 2009

5. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии – М., Академия, 2008, 176 с.

Дополнительная литература

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм //Альманах «Исцеление». — М., 1993.
2. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. — СПб., 2001.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей. — М., 1981.
4. Лебединская К. С., Никольская О. С, Баенская Е. Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. — М., 1985.
5. Лебединская К. С., Никольская О. Н. Диагностика раннего детского аутизма. - М.,1991.
6. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. — М., 1997.
7. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. - 1995.-№ 1.
8. Ранний детский аутизм: Сб. науч. трудов / Под ред. Т.А.Власовой, В.В.Лебединского, К.С.Лебединской. — М., 1981.

Лабораторное занятие №8

Тема: Особенности развития лиц с синдромом раннего детского аутизма

Цель: рассмотреть особенности психического развития и межличностных отношений лиц с ранним детским аутизмом, развития у них когнитивной и эмоционально-волевой сферы, выявить причины возникновения, механизмы протекания и возможности коррекции.

Формируемые компетенции:умением квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-11);

Теоретическая часть:

Для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных ограниченных областях, таких, как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов, обуславливающих развитие личности по аутистическому типу, является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется, прежде всего в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100% наблюдений (К.С.Лебединская) при аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми - комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость

эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов.

К. С. Лебединская и О.С.Никольская выделяют три группы страхов:

- 1) типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);
- 2) обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);
- 3) неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О.С. Никольская характеризует детей 1-й группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2-й группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик. Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некоей опасностью. Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация - они остаются актуальными на протяжении многих лет и конкретная причина страхов определяется далеко

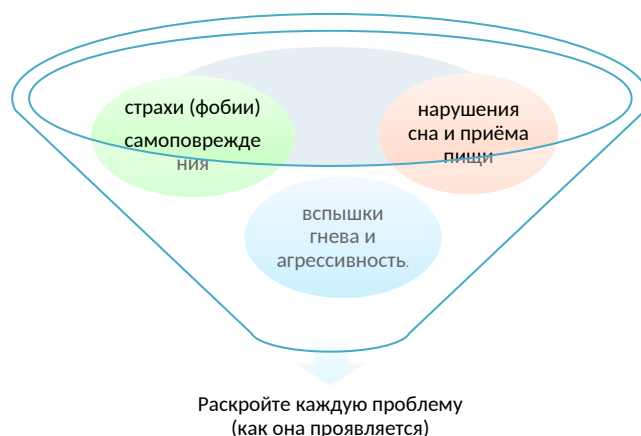
не всегда. У детей 3-й группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застревает не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4-й группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализованная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенным у детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

При подготовке по второму вопросу студентам следует обратить внимание на то, что у всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

Задания

Помимо специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как:



Аннотирование статьи Галины Черменской «Мир глазами аутиста»
(<http://olmins.info/mir-glazami-autista/.html>)

Темы докладов

1. Понятие о синдроме раннего детского аутизма и аутистических чертах личности
2. Умственная отсталость при детском аутизме
3. Семантическое пространство названий эмоций при аутизме

Контрольные вопросы

1. Развитие когнитивной и эмоционально-волевой сферы у детей с РДА.
2. Особенности межличностных взаимоотношений у детей с РДА.
3. Основные направления психологической коррекции и психокоррекционные технологии для детей с РДА.

Список литературы:

Основная литература

1. Основы специальной психологии под ред. Л.В.Кузнецовой – М., Академия, 2009, 480 с.
2. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста – М., Академия, 2007, 192с.
3. Психолого-педагогическая диагностика под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной – М., Академия, 2008, 320с.
4. Специальная психология под ред. В.И.Лубовского - М., Академия, 2009
5. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии – М., Академия, 2008, 176 с.

Дополнительная литература

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм //Альманах «Исцеление». — М., 1993.
2. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. — СПб., 2001.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей. — М., 1981.
4. Лебединская К. С., Никольская О. С, Баенская Е. Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. — М., 1985.

5. Лебединская К. С., Никольская О. Н. Диагностика раннего детского аутизма. - М., 1991.
6. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. — М., 1997.
7. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. - 1995.-№ 1.
8. Ранний детский аутизм: Сб. науч. трудов / Под ред. Т.А.Власовой, В.В.Лебединского, К.С.Лебединской. — М., 1981.