

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

Методические указания по выполнению практических работ по дисциплине
Семиотика дизонтогенетических нарушений
Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленности (профиль) «Нейродефектология в образовании»

Ставрополь, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Темы практических занятий

Тема 1. Общие и специфические закономерности аномального развития.

Тема 2. Дефицитарное психическое развитие.

Тема 3. Характеристика психического недоразвития

Тема 4. Поврежденное психическое развитие

Тема 5. Патологическое развитие личности.

Тема 6. Неврозы у детей и подростков

Тема 7. Психология лиц со сложными дефектами развития.

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый в рамках направления подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», профиль подготовки «Нейродефектология в образовании» курс, посвящен подготовке к профессиональной деятельности в области специального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом полученных знаний в своей будущей профессиональной деятельности.

Цель курса «Семиотика дизонтогенетических нарушений» – формирование набора профессиональных компетенций (УК-1) магистра по направлению подготовки Специальное (дефектологическое) образование и целостного понимания процесса развития личности у разных категорий детей с отклонениями в психофизическом развитии, а также путей, специальных методов, приемов, средств и условий воспитания и обучения.

Задачи:

1. Ознакомить студентов с современными взглядами на природу нарушений психического развития;
2. Выявить параметры, определяющие типы нарушений психического развития.
3. Ознакомить с основными (общими для нормы и патологии) и специфическими (характерными только для детей с ОВЗ) закономерностями формирования и проявления психических процессов, состояний и свойств у детей с проблемами в развитии.
4. Рассмотреть своеобразие психики детей с нарушениями в развитии при опоре на современные достижения физиологии, патопсихологии, возрастной психологии и ряда частных дисциплин (анатомии, физиологии и патологии органов зрения, слуха, клиники олигофрении и др.)

В результате освоения содержания дисциплины студент должен знать:

- историко-философские, медико-биологические, психологические аспекты, сущность и особенности деятельности педагога-психолога в сфере образования лиц с ОВЗ; теорию и практику, принципы, методы и технологии организации коррекционно-развивающего процесса; результаты научных исследований в сфере педагогической деятельности в области образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

- характеристику возрастных этапов психического развития при разных видах дизонтогенеза; принципы, содержание, методы и организацию психолого-педагогической диагностики обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; вариативные АООП

Уметь:

- использовать современные специальные научные знания и результаты исследований в осуществлении педагогической деятельности в области образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

- разрабатывать программу психолого-педагогического обследования; применять разные методы проведения обследования; отбирать методы диагностики с учетом особенностей развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; интерпретировать результаты, делать выводы, формулировать рекомендации;

Владеть:

- системой специальных научных знаний и результатов исследований как основы проектирования педагогической деятельности; методами, формами и средствами педагогической деятельности в сфере образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

- содержанием, методами, технологией осуществления психолого-педагогического сопр-овождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; умением адаптировать диагностический материал с учетом степени и характера проблем в развитии обучающегося; умением оформить характеристику обучающегося на основе результатов обследования; умением сформулировать рекомендации к разработке программы

разработке программы психолого-педагогического сопровождения для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения
дисциплины**

Индекс	Формулировка:
УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

Продолжительность курса «Семиотика дизонтогенетических нарушений» один семестр, форма контроля – экзамен. Предусмотрены различные формы текущего контроля, а также самостоятельная работа магистров.

Общая трудоемкость дисциплины составляет: 108 академических часа, из них: 21 академических часов – аудиторные занятия, академических часов 46,5– самостоятельная работа.

Программа, разработанная в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 44.04.03 – «Специальное (дефектологическое) образование».

Планы практических занятий

Практическое занятие 1.

Тема. Общие и специфические закономерности аномального развития.

Цель - формирование представлений студентов о семиотике нарушенного психического развития.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике дефицитарного психического развития.

Теоретическая часть

Общие закономерности для нормального и аномального развития.

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

Основой для специальной психологии и педагогики послужило заключение Л.С. Выготского о том, что развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка.

Эти общие закономерности для нормального и аномального развития описываются такими положениями, как:

1) положение о цикличности психического развития, показывающее, что развитие имеет сложную организацию во времени. Каждая психическая функция имеет свой цикл развития, свою хронологическую формулу; наблюдаются сензитивные периоды ее более быстрого, скачкообразного развития и периоды замедленного формирования.

2) и при нормальном, и при нарушенном развитии формирование психики ребенка носит поступательный характер. Каждый из этапов развития завершается формированием принципиально новых качеств – новообразований, которые, в свою очередь, становятся основой для следующего этапа.

3) положение о неравномерности психического развития, которая обусловлена, во-первых, активным созреванием мозга в определенные периоды жизни ребенка; во-вторых, разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим.

На каждом возрастном этапе происходит перестройка связей психических функций, а развитие каждой психической функции зависит от того, в какую систему межфункциональных связей она включена. Это приводит к тому, что определенные обучающие воздействия оказывают наибольшее влияние на ход психического развития в разные этапы. В процессе развития психики происходит объединение отдельных ее компонентов. Развитие не сводится к количественным изменениям, это преобразования качественные и структурные.

4) положение о пластичности нервной системы и основанные на этом положении способности к компенсации: чем меньше ребенок, тем более он раним, но в то же время его нервная система обладает большими резервами пластичности, а, следовательно, - компенсаторными возможностями. Это приводит к тому, что в процессе психического развития ребенка сочетаются процессы эволюции и инволюции – то, что развивалось на предыдущем этапе отмирает или преобразуется.

5) положение о соотношении биологических и социальных факторов в процессе психического развития; социальная обусловленность психического развития

Л. С. Выготский подчеркивал единство и взаимодействие биологических и социальных факторов в процессе развития, но у этого единства есть свои особенности:

- оно изменяется в процессе развития;
- каждый из этих факторов имеет разный удельный вес в становлении различных психических функций.

В развитии более простых психических функций велика роль биологических, наследственных факторов, в развитии более сложных – социокультурных. Социальное, в том числе, педагогическое, воздействие составляет источник формирования психических функций, как в норме, так и при нарушенном развитии.

Выделение общих закономерностей имеет большое значение, поскольку, нарушения психического развития могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами. В зависимости от причины возникновения нарушения, - органического генеза, будет разрабатываться комплекс коррекционных мероприятий, опирающийся на вышеперечисленные закономерности развития. В нарушениях социального генеза нет органического поражения, следовательно, здесь будет иной комплекс мероприятий, направленных на выравнивание психического развития детей.

Наряду с общими закономерностями для нормального и аномального развития, выделяют закономерности, общие для всех типов аномального развития, которые были систематизированы и обобщены в трудах Т.А. Власовой и В.И. Лубовского.

Идея Л. С. Выготского о системном строении дефекта позволила выделить в аномальном развитии две группы явлений, на которые уже не раз указывалось: это первичные нарушения, вытекающие из биологического характера болезни и вторичные нарушения, возникающие в ходе социального развития ребенка. Отклонения, возникающие в результате поражения органов зрения, слуха или тех или иных структур головного мозга, различны по своему характеру, силе и значимости у каждой категории детей с нарушениями в развитии. Однако общим для всех является:

- 1) наличие первичного дефекта оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка: приводит к нарушению умственной работоспособности, трудностям взаимодействия с окружающим миром, недостаткам общей и мелкой моторики, бедности социального опыта.

- 2) трудности социальной адаптации, нарушение взаимодействия с социальной средой, на которые указывал еще Л. С. Выготский, также являются общей закономерностью для всех типов нарушений развития.

- 3) изменения в развитии личности ребенка, на которые указывала Ж. И. Шиф. Особенности такой личности являются пониженный фон настроения, астенические черты, тенденция к ограничению социальных контактов, низкая самооценка, тревожность, легкость возникновения страха. Такие нарушения особенно усиливаются при неправильном семейном воспитании и при неправильно организованном обучении.

- 4) изменение способов коммуникации проявляются в том, что у детей нарушается речевое общение, возрастает роль невербальных средств коммуникации.

- 5) снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации. Эта особенность может проявляться на протяжении длительного времени или быть характерной только для определенного периода онтогенеза. Например, замедленная скорость переработки информации при зрительном восприятии у детей с нарушенным слухом отмечается в дошкольном и младшем школьном возрасте, тогда как у УО детей на протяжении всей жизни.

- 6) еще одна закономерность для всех типов аномального развития – нарушение словесной регуляции деятельности, что проявляется в недостаточности и специфических особенностях (трудностях) словесного опосредования.

Например, умственно отсталые дети испытывают большие трудности при необходимости устанавливать и сохранять в памяти опосредованные связи, припоминание по ассоциации дается им с большим трудом. Соотношение непосредственного и опосредованного запоминания у умственно отсталых детей динамично, изменчиво. В младших классах они не умеют пользоваться приемами опосредованного, осмысленного

запоминания и логический материал запоминают хуже, чем отдельные слова и числа. В старших классах умственно отсталые ученики овладевают адекватными приемами опосредованного запоминания.

7) для всех типов аномального развития характерно замедление процесса формирования понятий.

Все эти особенности формирования познавательной и речевой деятельности ведут к нарушениям познания окружающего мира, запас знаний и представлений, о котором у детей с проблемами в развитии всегда недостаточен.

Однако наряду с особенностями развития, влекущими трудности адаптации и обучения детей с нарушениями развития, существуют и общие закономерности для всех типов аномального развития положительного характера:

1) одна из них была отмечена еще Л.С. Выготским как наличие потенциальных возможностей формирования психики у детей в виде зоны ближайшего развития. Согласно Л.С. Выготскому, развитие ребенка, в отличие от других видов развития, происходит посредством присвоения человеческого опыта в сотрудничестве. В любой деятельности ребенка можно выделить два уровня выполнения одного и того же задания – самостоятельное выполнение и выполнение в сотрудничестве с взрослым. Уровень первого выполнения называется актуальным, второй, более высокий, представляет зону ближайшего развития – область несозревших, но созревающих процессов. То есть, при обучении нормальных детей или коррекционно – развивающем обучении аномальных детей необходимо давать задания усложненные, но в меру возможностей ребенка, учитывая его зону ближайшего развития.

2) еще одна закономерность была сформулирована Л.И. Лубовским при изучении словесной регуляции действий у детей. Он показал возможности выработки новых условных связей без участия речи или при частичном словесном опосредовании, что может рассматриваться как компенсаторный механизм, способствующий более легкому образованию условных связей.

Таким образом, нарушенное развития имеет закономерности, характеризующие как отставание в формировании психики, так и возможную компенсацию нарушений.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии:

1. Общие закономерности нормального и аномального развития.
2. Исследования В.И. Лубовского по выявлению закономерностей, общих для всех типов аномального развития.
3. Специфические закономерности, свойственные только некоторым типам нарушенного развития.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Специальная психология : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 598 с.

Перечень дополнительной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология : учебное пособие : [16+] / Н. Л. Захарова ; Технологический университет. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. – 39 с. : табл. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>
2. Специальная психология Электронный ресурс : Учебное пособие для СПО / сост. О. В. Липунова. - Саратов : Профобразование, 2019. - 81 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Практическое занятие 2.

Тема. Дефицитарное психическое развитие. Нарушения слуха

Цель - формирование представлений студентов о семиотике дефицитарного психического развития.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий..

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике дефицитарного психического развития.

Теоретическая часть

Современные исследователи в области сурдопсихологии (Д.И.Тарасов, А.Н.Наседкин, В. П.Лебедев, О.П.Токарев и др.) пришли к выводу, что все причины и факторы нарушений слуха следует разделить на три группы.

Первая группа — это причины и факторы, приводящие к возникновению *наследственной* глухоты или тугоухости. Вторая группа — факторы, воздействующие на развивающийся плод во время беременности матери или приводящие к общей интоксикации организма матери в этот период (*врожденное* нарушение слуха). Третья группа — факторы, действующие на сохранный орган слуха ребенка в процессе его жизни (*приобретенное* нарушение слуха). Вместе с тем исследователи полагают, что достаточно часто поражение слуха возникает под действием нескольких факторов, оказывающих воздействие в различные периоды развития ребенка. Соответственно они выделяют фоновые и манифестные факторы. Фоновые факторы, или факторы риска, создают благоприятный фон для развития глухоты или тугоухости. Манифестные факторы вызывают резкое ухудшение слуха.

К числу *фоновых факторов*, чаще наследственного происхождения, следует отнести различные нарушения метаболизма (обмена веществ), которые ведут к постепенному накоплению шлаков в организме, неблагоприятно воздействующих на различные органы и системы, в том числе на орган слуха. Фоновыми факторами врожденного происхождения также могут быть перенесенная матерью во время беременности вирусная инфекция, или неблагоприятные воздействия на плод антибиотиков, каких-либо химических веществ, или асфиксия при родах. Эти факторы могут не привести к появлению тугоухости, но вызвать такие повреждения слухового анализатора, что последующие воздействия нового фактора (например, заболевание ребенка гриппом, ветряной оспой, паротитом) вызовут выраженное нарушение слуха.

Выделяют *три основные группы* детей с нарушениями слуха: глухих, слабослышащих (тугоухих) и позднооглохших.

Глухие дети имеют глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве — до овладения речью. У большинства глухих детей имеется остаточный слух. Они воспринимают только очень громкие звуки (силой от 70 — 80 дБ) в диапазоне не выше 2000 Гц. Обычно глухие лучше слышат более низкие звуки (до 500 Гц) и совсем не воспринимают высокие (свыше 2000 Гц). Если глухие ощущают звуки громкостью 70—85 дБ, то принято считать, что у них тугоухость третьей степени. Если же глухие ощущают только очень громкие звуки — силой более 85 или 100 дБ, то состояние их слуха определяется как тугоухость четвертой степени. Обучение речи глухих детей специальными средствами только в редких случаях обеспечивает формирование речи, приближающееся к нормальному. Таким образом, глухота вызывает вторичные изменения в психическом развитии ребенка — более медленное и протекающее с большим своеобразием развитие речи. Нарушение слуха и речевое недоразвитие влекут за

собой изменения в развитии всех познавательных процессов ребенка, в формировании его волевого поведения, эмоций и чувств, характера и других сторон личности.

Слабослышащие (тугоухие) — дети с частичной недостаточностью слуха, приводящей к нарушению речевого развития. К слабослышащим относятся дети с очень большими различиями в области слухового восприятия. Слабослышащим считается ребенок, если он начинает слышать звуки громкостью от 20 — 50 дБ и больше (тугоухость первой степени) и если он слышит звуки только громкостью от 50 — 70 дБ и больше (тугоухость второй степени).

Позднооглохшие — это дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью, т.е. в 2 — 3-летнем и более позднем возрасте. Потеря слуха у таких детей бывает разная — тотальная, или близкая к глухоте, или близкая к той, что наблюдается у слабослышащих. У детей может появиться тяжелая психическая реакция на то, что они не слышат многие звуки или слышат их искаженными, не понимают, что им говорят. Это иногда ведет к полному отказу ребенка от какого-либо общения, даже к психическому заболеванию. Проблема состоит в том, чтобы научить ребенка воспринимать и понимать устную речь. Если у него имеются достаточные остатки слуха, то это достигается с помощью слухового аппарата. При малых остатках слуха обязательным становится восприятие речи с помощью слухового аппарата и чтения с губ говорящего. При тотальной глухоте необходимо использовать дактилологию, письменную речь и, возможно, жестовую речь глухих. При совокупности благоприятных условий воспитания и обучения позднооглохшего ребенка развитие его речи, познавательных и волевых процессов приближается к нормальному. Но в очень редких случаях преодолевается своеобразие в формировании эмоциональной сферы, личностных качеств и межличностных отношений.

У детей с нарушениями слуха всех групп возможны еще дополнительные первичные нарушения различных органов и систем. Известно несколько форм наследственного нарушения слуха, которое сочетается с поражением зрения, кожной поверхности, почек и других органов (синдром Ушера, Альстрема, Варденбурга, Альпорта, Пендреда и др.). При врожденной глухоте или тугоухости, возникшей из-за заболевания матери в первые два месяца беременности краснухой, как правило, наблюдается также поражение зрения (катаракта) и врожденная кардиопатия (триада Грига). При этом заболевании у родившегося ребенка может наблюдаться также микроцефалия и общая мозговая недостаточность.

Приобретенное нарушение слуха, возникшее вследствие травмы черепа, может быть связано с нарушением не только рецепторного отдела слухового анализатора, но и его проводящих путей и корковой части. Перенесенный ребенком менингит или менингоэнцефалит может вызвать нарушение слуха и привести к мозговой недостаточности большей или меньшей степени.

При некоторых формах наследственной глухоты или тугоухости, при ряде заболеваний, приводящих к поражению слуха внутриутробно, а также при различных воспалительных процессах в области среднего и внутреннего уха поражается вестибулярный аппарат.

К лицам с нарушениями зрения относятся:

1. Слепые с полным отсутствием зрения и лица с остаточным зрением, при котором его острота равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу.

Слепота — снижение зрения, при котором невозможно или очень ограничено зрительное восприятие окружающего из-за глубокого нарушения остроты центрального зрения или сужения поля зрения при большей остроте зрения.

Слепые — лица, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения или имеется светоощущение или остаточное зрение (острота зрения — 0,04 на лучше видящем глазу с применением средств коррекции (очков)).

2. Слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией.

Слабовидение – это значительное снижение остроты зрения, при котором центральное зрение на лучше видящем глазу находится в пределах 0,05- 0,2 или выше – 0,3 при использовании оптической коррекции. У слабовидящих. наблюдаются нарушения глазодвигательной координации, цветоразличения, зрительной работоспособности. Вследствие неточности, фрагментарности и замедленности зрительного восприятия чувственный опыт слабовидящих обеднен. Познание окружающего мира, формирование и развитие всех видов деятельности строятся на суженной наглядной и действенной основах; при этом развитие речи остается близким к норме. Обучение слабовидящих детей осуществляется в специальных дошкольных учреждениях и школах с учетом их возможностей и специфики дефекта.

3. Дети с косоглазием и амблиопией. Косоглазие и сопровождающая его амблиопия проявляются в нарушении бинокулярного видения.

Косоглазие возникает вследствие понижения остроты зрения одного или обоих глаз из-за нарушения рефракции, расстройства аккомодации и конвергенции

В зависимости от способов восприятия и степени сохранности остаточного зрения среди лиц с нарушениями зрения различают три категории:

1. Абсолютно (тотально) слепые, пользующиеся тактильно-слуховым способом восприятия (к ним также относятся лица, имеющие светоощущение).

2. Частично (парциально) видящие, имеющие в разной степени форменное зрение, но в связи с его неполноценностью пользующиеся зрительно-тактильно-слуховым способом восприятия. К ним относятся лица с остаточным зрением до 0,05 с коррекцией очками на лучше видящем глазу.

3. Слабовидящие, пользующиеся преимущественно зрительным способом восприятия действительности, с остротой центрального зрения выше 0,2 при глубоких изменениях других зрительных функций.

Остаточное зрение характеризуется:

- неравнозначностью взаимодействия различных зрительных функций и несоответствием их параметров;

- неустойчивостью зрительных возможностей и снижением скорости и качества переработки информации;

- наступлением быстрого утомления из-за снижения функциональных возможностей зрения.

Двигательная система выполняет многофункциональную роль, участвуя «в процессе интеграции и конвергенции афферентной импульсации от многих анализаторных систем». Прямое повреждение структур мозга и дизонтогенез функциональных систем в пре- и постнатальном периодах обуславливает развитие комплексного дефекта, основу клинического проявления которого составляют двигательные расстройства. На определенных этапах пре-и постнатального онтогенеза функция движения может выступать в качестве специфического организующего условия, триггера индивидуального развития мозга. Развитие двигательной системы происходит в процессе развития самого двигательного акта, на основе обратной афферентации.

Двигательная функция относится к категории общих функций, связанных со способностью обеспечивать нормальное положение тела и производить всякого рода движения: произвольные, автоматизированные, рефлекторные.

Изменение этой функции поражает самые разнообразные сферы деятельности. Так, например, трудности, с которыми сталкивается ребенок, имеющий моторные нарушения, не ограничиваются только способностью перемещаться, держаться прямо, хватать предметы и манипулировать ими или способностью к письму. Они могут также проявляться в других ситуациях: например, невозможности внимательно посмотреть на кого-то или на что-то, что-нибудь высказать вслух. В самом деле, двигательная активность присутствует также и

во взгляде, так как именно следящие и скачкообразные движения глаз позволяют ребенку в процессе чтения удовлетворительным образом считывать информацию из текста или с рисунка; а в процессе говорения осуществляются очень точные движения голосовых складок, гортани, глотки и языка.

Общая частота заболеваний расстройствами движения, как нам кажется, является более или менее постоянной. Во Франции она оценивается величиной 3,24 случая на 1000 человек, однако эта статистика касается только случаев у детей и подростков, находящихся под опекой органов социального обеспечения. Тем самым в эту статистику не включены случаи легких нарушений.

Недостаток движения выражается в потере или в изменении какой-либо структуры или функции, как физиологической, так и анатомической. Он может быть результатом поражения нервной системы: центральной, включая головной и спинной мозг, Лич периферической, которая соединяет спинной и головной мозг с внутренними органами и мышцами, посредством периферических нервов. Недостаток движения может быть и результатом поражения мышц или скелета.

Неспособность, которая является следствием недостатка, выражается в большей или меньшей степени в ограничении подвижности, сознательной и произвольной, приводящей к тому, что выполнение той или иной деятельности становится отчасти или полностью невозможным; например, неспособность перемещаться без кресла, неспособность писать или говорить без специальных технических приспособлений.

Ущербность, вызванная недостатком и неспособностью, проявляется в том, что невозможно частично или полностью выполнять определенную роль в обществе: работать, иметь доступ к развлечениям и т. д.

Согласно международной классификации инвалидности, **инвалидность** является результатом этих трех элементов: недостатка, неспособности и ущербности. Но степень инвалидности находится в зависимости от окружения, в котором находится лицо с нарушениями движения. В то время как мероприятия по переобучению, специальные аппараты или хирургическое вмешательство помогают снизить степень неспособности, преподаватель с помощью адаптированной ситуации и педагогических мероприятий помогает снизить степень инвалидности ребенка.

Моторные нарушения

-• Нарушения двигательного аппарата разнообразны: иногда они еле различимы, иногда ведут к недееспособности; могут проявиться при рождении или могут быть обнаружены более или менее поздно; бывают преходящими или постоянными. К этим различиям добавляются те, которые связаны с причинами нарушения. Разнообразны и причины, вызывающие двигательные нарушения; а также характер сопутствующих им расстройств; добавим к этому то, каким образом ребенок или подросток, причем каждый по-своему, ощущает свой недостаток и уживается с ним.

Таким образом, нарушения движения представляют собой очень неоднородную совокупность, которую можно описать исходя из различных критериев:

в зависимости от времени проявления нарушения: врожденные или приобретенные недостатки;

— в зависимости от причин: в результате врожденной аномалии, заболевания или в процессе старения;

— в зависимости от того, эволюционирует или нет данный недостаток;

— в зависимости от природы поражения. Этот последний критерий на котором мы остановимся подробнее, позволяет выделить крупных разновидности моторных нарушений: церебрального происхождения, спинно-мозгового и/или нейромышечного, а также нарушения вследствие повреждения костей и суставов.

Моторные нарушения церебрального происхождения

Моторные нарушения церебрального происхождения могут быть вызваны или очень ранними повреждениями структур головного мозга, например ДЦП или ДЦП,

осложненный различными степенями умственной отсталости; или более поздними нарушениями вследствие черепно-мозговых травм, нарушения мозгового кровообращения, роста опухоли мозга. Неврологические расстройства, после того как наступает стабилизация, прекращают эволюционировать. Вначале могут быть затронуты только приводящая и регулирующая функции мышц, что впоследствии может вызвать нарушения мышечного тонуса, автоматического регулирования движений и произвольное управление этими движениями: появляются параличи, непроизвольные движения. Исполнители движений — мышцы и скелет — не затронуты, но они могут быть деформированы вторично в процессе роста. Именно на преодоление таких осложнений направлено использование большого количества приборов и хирургических вмешательств в период до окончания роста организма.

Характерной чертой хронических заболеваний является их необратимость, вторичные дефекты, осложнения, неполноценность индивида. Можно выделить 2 группы хронических заболеваний:

1 - длительные, требующие ограничений (например, сахарный диабет, заболевания печени и т.д.).

2 - со смертельным исходом, напр., опухоли.

Болезнь, ставшая хронической, становится и составной частью личности, встраивается в нее: все мысли сопряжены с болезнью, люди делаются эгоистичными, окружающие события их интересуют мало, они все связывают со своей болезнью и прогнозом. Хронически больные становятся:

- вспыльчивыми ко всем здоровым;
- обидчивыми;
- завистливыми.

Некоторые оценивают симптомы болезни как «достижение»- т.к. это форма существования больного. Даже отсчет времени начинается с момента заболевания.

Наиболее важными реакциями личности на болезнь являются:

- 1) регрессия;
- 2) положительное развитие личности (духовный рост).

Отношение к болезни складывается из:

- 1) осознания болезни;
- 2) переживания, связанного с болезнью;
- 3) поведения в ходе болезни.

Больным с различными заболеваниями внутренних органов свойственны специфические эмоциональные реакции. Так, для расстройств деятельности сердца характерно чувство страха, для нарушений функции печени - безразличие или даже отвращение к окружающему, а иногда раздражительность, для заболеваний желудка - раздражительность, конфликтность, брюзгливость. Эти реакции осложняют клиническую картину заболевания и его течение. В зависимости от типа личности реакции на заболевание могут быть разными.

Необходимо, чтобы врач знал отношение больного к болезни и избирал соответствующий психологический подход к нему.

Одни усиливают, преувеличивают симптоматику - аггавируют. Некоторые из корыстных соображений могут придумывать себе симптомы - симулируют. Третьи всеми силами скрывают болезненные проявления - диссимулируют свое заболевание.

М. Э. Телешевская (1978) различает 6 типов реакции на болезнь:

1 - астенический, проявляющийся в форме повышенной истощаемости, слабодушия, плаксивости, вялости.

2 - депрессивный, характеризующийся чувством тревоги, тоски, растерянности, потерей надежды на выздоровление, отсутствием побуждений к преодолению болезни, чувством безысходности и смирения.

3 - ипохондрический, характеризующийся «жизнью в болезни», которая подчиняет себе все интересы и желания человека.

4 - тревожно-мнительный, проявляющийся недоверием к назначениям врача, поиском лечебных средств в медицинской литературе или у окружающих; у них легко формируются разные фобии: канцерофобия, страх венерических заболеваний и др.

- истероформный, характеризующийся быстрой сменой настроения: то плачут, хватаются за пульс, ощупывают грудь, живот, заявляют, что они умирают. То могут довольно быстро успокоиться и переключить свое внимание на внешние факторы. В семье и на работе много говорят о своем состоянии, красочно описывают свои страдания. У некоторых есть склонность к фантазированию и тогда появляются все новые подробности их болезни, затем и сами пациенты начинают верить в достоверность этих подробностей. Мимика выражает «муки» и «страдания». Постоянно жалуются на непонимание и недостаточность внимания со стороны близких.

6 - вытеснение болезни, при которой больные игнорируют заболевание, не желают лечиться. Нередко это бывает у медиков.

Н. Д. Лакосина объясняет реакции личности на заболевание следующими факторами:

- 1 - остротой и особенностями течения болезни;
- 2 - представлениями об этом заболевании самого больного;
- 3 - характером психотерапевтических или других воздействий;
- 4 - отношением к болезни родственников и окружающих.

У каждого больного формируется свое видение развившегося у него заболевания: его причин, его тяжести, его основных проявлений и исхода. Внутренняя картина болезни (ВКБ), или еще ее называют аутопластической картиной болезни, в сущности, является картиной субъективного восприятия ее больным. ВКБ имеет следующие стороны (или составляющие):

1. Сензитивная - связана с ощущениями, возникающими при заболевании.
2. Эмоциональная - связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, на заболевание в целом и его последствия (страх, тревога, надежда и др.).
3. Волевая или мотивационная - связана с определенным отношением больного к своему заболеванию и вследствие этого с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни, с актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.
4. Рациональная или интеллектуальная - связана с представлениями, знаниями больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях.

Вопросы и задания для обсуждения на практическом занятии:

1. Этиология нарушений слуха.
2. Клинико-психологическая характеристика детей с нарушениями слуха.
3. Личность и деятельность при дефектах слуха.
4. Этиология нарушений зрения.
5. Клинико-психологическая характеристика детей с нарушениями зрения.
6. Эмоционально-волевая сфера слепых.
7. Этиология нарушений речи.
8. Клинико-психологическая классификация детей с нарушениями речи.
9. Особенности психических процессов и состояний при различных дефектах речи.
10. Этиология аномалий развития двигательной сферы.
11. Типология двигательной сферы в зависимости от уровня поражения.
12. Проблема внутренней картины болезни (ВКБ).
13. Уровни ВКБ: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный.
14. Динамика ВКБ. Зависимость ВКБ от типа личности, характера болезни, обстоятельств, в которых протекает болезнь.

15. Типы отношения к болезни: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сензитивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранояльный.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Специальная психология : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 598 с.

Перечень дополнительной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология : учебное пособие : [16+] / Н. Л. Захарова ; Технологический университет. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. — 39 с. : табл. — Режим доступа: по подписке. — URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>

2. Специальная психология Электронный ресурс : Учебное пособие для СПО / сост. О. В. Липунова. - Саратов : Профобразование, 2019. - 81 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. — Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. — 213 с.

Практическое занятие 3.

Тема. Характеристика психического недоразвития

Цель - формирование представлений студентов о семиотике психического недоразвития.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы — в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике психического развития.

Теоретическая часть

Причины, вызывающие у ребенка умственную отсталость, многочисленны и разнообразны. В российской дефектологии их принято разделять на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные). Внешние могут воздействовать в период внутриутробного развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни. *Внешние факторы*, приводящих к резким нарушениям развития:

- тяжелые инфекционные заболевания, которые женщина переносит во время беременности, — вирусный грипп, краснуха и другие;

- различные интоксикации, т. е. болезненные состояния организма будущей матери, возникающие под действием ядовитых веществ, образующихся при нарушении процесса обмена (неумеренное употребление беременной женщиной лекарств или алкоголя).

- тяжелые дистрофии во время беременности, т.е. нарушения обмена веществ в органах и тканях, вызывающие расстройства их функций и изменения в строении, заражение плода различными паразитами, существующими в организме матери.

- паразитарные заболевания (токсоплазмоз, возбудитель которого — паразит, относящийся к простейшим: женщина заражается от домашних животных — собак, кошек, кур, голубей, коров — или от диких — мышей, зайцев, сусликов (приобретенный токсоплазмоз).

- сифилис.

- травматические поражения плода, возникающие при ударе или ушибе, родовая

травма — в результате наложения щипцов, сдавливания головки ребенка при прохождении через родовые пути при затяжных или чрезмерно быстрых родах.

-длительная асфиксия во время родов также может иметь своим следствием умственную отсталость ребенка.

75 % случаев составляет врожденная умственная отсталость. Среди внутренних причин, обуславливающих возникновение умственной отсталости, следует выделить:

- наследственность, которая проявляется, в частности, в хромосомных заболеваниях (болезнь Дауна и др).

- нарушения белкового и углеводного обмена в организме (фенилкетонурия, в основе которой лежит нарушение белкового обмена, галактосемия и др.).

- болезни младенца на ранних этапах жизни, такие, как воспалительные заболевания мозга и его оболочек (менингиты, менингоэнцефалиты различного происхождения).

- радиация той местности, где живет семья, неблагоприятная экологическая обстановка, алкоголизм или наркомания родителей, особенно матери. Определенную роль играют также тяжелые материальные условия, в которых находятся семьи. В таких случаях ребенок с первых дней жизни не получает полноценного питания, необходимого для его физического и умственного развития.

Умственно отсталые дети различаются степенью выраженности дефекта, измеряемой по тесту интеллекта Векслера в условных единицах. Дети с легкими степенями умственной отсталости (дебильность) составляют 75 - 80%. Их уровень интеллектуального развития (IQ) составляет 50 - 70 условных единиц. После обучения в специальных школах или классах, находящихся при массовых школах, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

Дети со средней выраженностью отсталости (имбецильность) составляют примерно 15 % случаев. Их уровень интеллектуального развития (IQ) составляет от 20 до 50 условных единиц. Некоторые из них (с умеренной умственной отсталостью, (35 - 49) посещают специальную школу для имбецилов или учатся в специальных классах школы для умственно отсталых или воспитываются и обучаются в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено. Другая группа, с выраженной умственной отсталостью (IQ - 20 - 34), овладевает лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, эти дети часто направляются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения.

Глубоко умственно отсталые дети (идиотия) в большинстве своем пожизненно находятся в интернатах Министерства социальной защиты населения. Некоторые, по желанию родителей, живут в семьях. Их общее количество - примерно 5 % от всех умственно отсталых детей. Мышление таких детей практически полностью неразвито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым. Обычно они не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. IQ этих детей менее 20 единиц.

В настоящее время с целью классификации умственной отсталости в России пользуются *Международным классификатором болезней десятого пересмотра (МКБ-10)*. В зависимости от степени выраженности дефекта происходит дифференциация на четыре группы: с легкой (F 70), умеренной (F 71), тяжелой (F 72) и глубокой (F 73) степенью умственной отсталости.

Среди классификаций олигофрении, основывающихся на клинко-патогенетических принципах, в нашей стране наиболее распространенной является классификация, предложенная М. С. Певзнер, в соответствии с которой выделяют пять форм.

При неосложненной форме олигофрении ребенок характеризуется

уравновешенностью нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются у него грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера изменена нерезко. Ребенок способен к целенаправленной деятельности в тех случаях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

При олигофрении, характеризующейся *неуравновешенностью нервных процессов* с преобладанием возбуждения или торможения, присущие ребенку нарушения отчетливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности.

У олигофренов с *нарушением функций анализаторов* диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Они дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. Особенно неблагоприятно сказываются на развитии умственно отсталого ребенка нарушения речи.

При олигофрении с *психопатоподобным поведением* у ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

При олигофрении с *выраженной лобной недостаточностью* нарушения познавательной деятельности сочетаются у ребенка с изменениями личности по лобному типу с резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны и беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

У детей с интеллектуальной недостаточностью обнаруживаются различия к взаимодействию с взрослым и выполнению заданий, предъявляемых в игровой форме. При этом одни дети стремятся к взаимодействию, и эмоционально положительно реагируют на предложения взрослого, внимательно слушают инструкции и пытаются выполнить задания; другие - отказываются от общения, проявляя ярко выраженный негативизм; третьи дети относятся безразлично к процессу общения, выполняя требования взрослого без всяких эмоциональных проявлений. При этом все дети обнаруживают стойкий сниженный интерес к окружающему, окружающая обстановка не вызывает у них вопросов и эмоциональных реакций.

Специфической особенностью всех детей является нарушение внимания. С трудом удается привлечь внимание детей к предлагаемой деятельности, сложно сосредоточиться на предъявляемых объектах, они легко отвлекаются на посторонние предметы, не могут сконцентрироваться на время выполнения задания. Поэтому постоянно требуется организующая помощь со стороны взрослого.

Неполноценность восприятия у детей с интеллектуальной недостаточностью характеризуется замедленностью, инактивностью. Дети не пытаются подробно изучить предлагаемые объекты. Их действия с игрушками сводятся, преимущественно, к манипуляциям, которые не дают адекватной информации о предметах. Узнавая предмет, они не в состоянии выделить какой-либо его признак. Восприятие является фрагментарным. Они выделяют лишь отдельные части в обозреваемом объекте (1-3), не замечая часто элементов, важных для общего понимания объекта.

Восприятие объектов и их изображений мало дифференцировано. Дети путают объекты, отличающиеся небольшим количеством признаков (стул - табуретка, чашка - кружка, паровоз - машинка), не выделяют разновидностей какого-либо признака (цвет, величина, форма), с трудом выделяют главное, не понимая внутренних связей между частями объектов, персонажами и пр.

У младших дошкольников своеобразно протекают все операции мышления. Так, анализ предметов они проводят бессистемно, пропускают ряд важных свойств, вычлняя

лишь наиболее заметные части. Из-за несовершенства анализа затруднен синтез. Выделяя в предметах отдельные их части, дошкольники с интеллектуальной недостаточностью не устанавливают связи между ними, поэтому их представления о предметах неточны, фрагментарны, мало дифференцированы. Практически недоступным оказывается сравнение объектов.

При выполнении заданий у большинства детей отсутствует активный поиск их решения. Они чаще всего остаются равнодушными как к результату, так и к процессу решения задачи. Выполняя задания, дети действуют по-разному: большинство путем проб и ошибок, применяя силу, некоторые использовали свой прошлый опыт, опираясь на имеющиеся знания. Несмотря на эти недостатки, выполнение заданий наглядно-действенного плана (конструирование по образцу, доска Сегена и др.) для многих детей оказываются доступным, что, видимо, связано с тем, что такого типа упражнений в процессе обучения используется много.

Наглядно-образное мышление у дошкольников с проблемами интеллектуального развития в возрасте 4,5-5 лет только начинает складываться, поэтому выполнение заданий, связанных с оперированием изобразительным материалом и (или) представлениями (определение назначения изображенного предмета, материала, из которого он сделан, понимание сюжета картины и др.) для большинства детей оказывается недоступным.

Все дошкольники с интеллектуальной недостаточностью обнаруживают проблемы в речевом развитии. Выражено недоразвитие всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетической. При ограниченном словарном запасе многие дети не понимают некоторых слов или фраз. Свою деятельность дети не сопровождают речью, действуя молча, не стараясь привлечь к совместной деятельности взрослого.

У всех младших дошкольников с интеллектуальной недостаточностью весьма ограниченный жизненный опыт, что обнаруживается в неполных, слабо дифференцированных, а порой искаженных представлениях об окружающем. Они не знают многих объектов, не знают их назначения, свойств и т.д.

Отмечая несформированность познавательной деятельности, следует также отметить недоразвитие целенаправленной деятельности. Дети часто не заканчивают выполнение задания, соскальзывают с основного содержания, не соотносят получаемые результаты с задачей, которая была перед ними поставлена.

У младших дошкольников с интеллектуальной недостаточностью отмечается недоразвитие двигательной сферы и, прежде всего, мелкой моторики, проявляющееся при выполнении таких действий как складывание бумаги, конструирование и т.д. Движения детей мало координированные, неточные, многие из них плохо удерживают предметы, часто действуют одной рукой. Некоторые не способны к быстрой смене моторных установок. У отдельных дошкольников отмечаются недостаточность мышечной силы, ритма произвольных движений, темпа. Обнаруживается также нарушение словесной регуляции действий, что проявляется в затруднениях при выполнении задания по словесной инструкции.

Имеющиеся исследования показывают, что при интеллектуальной недостаточности в дошкольном возрасте ярко проявляется качественное своеобразие в протекании всех психических процессов и функций, что требует своевременной коррекционной поддержки ребенка с первых лет его жизни.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии:

1. Понятие психосоматики как отрасли психологии.
2. Личность психосоматического больного.
3. Проблема внутренней картины болезни (ВКБ).
4. Уровни ВКБ: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный.
5. Динамика ВКБ. Зависимость ВКБ от типа личности, характера болезни, обстоятельств, в которых протекает болезнь.

6. Типы отношения к болезни: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сензитивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранояльный.
7. Изменения личности при опасной хронической болезни: динамика познавательной, мотивационной и смысловой сфер личности.
8. Половые и возрастные различия в отношении к болезни.
9. Механизмы семантико-перцептивной защиты и активности при хронических соматических заболеваниях.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Специальная психология : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 598 с.

Перечень дополнительной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология : учебное пособие : [16+] / Н. Л. Захарова ; Технологический университет. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. — 39 с. : табл. — Режим доступа: по подписке. — URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>
2. Специальная психология Электронный ресурс : Учебное пособие для СПО / сост. О. В. Липунова. - Саратов : Профобразование, 2019. - 81 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. — Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. — 213 с.

Практическое занятие 4.

Тема. Поврежденное психическое развитие

Цель - формирование представлений студентов о семиотике поврежденного психического развития.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий..

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике поврежденного психического развития.

Теоретическая часть

Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

В отличие от олигофрении, которая также нередко имеет ана-логичное происхождение, деменция возникает либо начинает гру-бо прогрессировать в возрасте после 2—3 лет. Этим хронологи-ческим фактором в значительной мере определяется отличие патогенеза и клинико-психологической структуры деменции от олигофрении. К 2—3-летнему возрасту значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие. Задержка же психического развития церебрально-органического генеза от органической деменции отличается значительно мень-шей массивностью поражения нервной системы.

Систематика органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные трудности ввиду множественности патогенетических факторов, обуславливающих сложное сочетание явлений повреждения и недоразвития в ее клинико-

психологической структуре, разной экстенсивности поражения, вариативности его локализации. Исходя из критерия динамики болезненного процесса, различают так называемую резидуальную органическую деменцию, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией, и прогрессирующую деменцию, обусловленную так называемыми текущими органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга и т.д.). Виды органической деменции классифицируются и по этиологическому критерию (эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.).

Фактор динамики болезненного процесса имеет решающее значение для возможности психического развития. Поэтому тяжелая прогрессирующая деменция, возникшая в детском возрасте, по существу, не может быть отнесена к аномалии развития, так как в этих случаях речь идет о нарастающем распаде психических функций, обусловленном не аномальным развитием, а грубо прогрессирующим болезненным процессом. Об аномальном же развитии, связанном с деменцией, можно говорить применительно именно к деменции резидуальной, при которой, несмотря на наличие выраженных явлений повреждения, приостановка болезненного процесса дает определенные возможности для развития, хотя и грубо нарушенного.

В патогенезе и формировании клинко-психологических проявлений органической деменции помимо этиологии имеет значение и ряд других факторов. К ним относятся прежде всего степень распространенности и преимущественная локализация болезненного процесса. Возраст начала заболевания и длительность периода, прошедшего после его окончания, также имеют большое значение для типа сочетания повреждения, недоразвития и компенсаторных возможностей нервной системы. Не безразличны и индивидуальные преморбидные особенности ребенка. Бесспорная роль принадлежит своевременному началу восстановительной работы.

Особенности патогенеза резидуальной органической деменции обуславливают специфику ее клинко-психологической структуры.

Структура дефекта при органической деменции, как указывалось, определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинко-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития.

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

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

Весьма характерны нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания

своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее даже у детей старшего возраста.

Б.В.Зейгарник (1976) выделяет три преимущественных типа нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных:

- 1) снижение функции обобщения;
- 2) нарушение логического строя мышления;

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

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

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

Таким образом, структура психического дефекта при органической деменции представляет значительную сложность и отличается большим полиморфизмом, чем при олигофрении. Это касается как интеллектуальных нарушений, так и эмоционально-волевой сферы и личности в целом.

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

Вопросы для обсуждения на практическом занятии:

1. Органическая деменция как типичная модель поврежденного психического развития.
2. Этиология и систематика органической деменции. Критерии классификации органической деменции.
3. Структура дефекта при поврежденном психическом развитии.
4. Сравнительный анализ нарушения психических функций при олигофрении и деменции.
5. Типы нарушения мышления при деменции (по Б.В. Зейгарник).

6. Особенности аффективно-личностной сферы у детей с поврежденным психическим развитием.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Специальная психология : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 598 с.

Перечень дополнительной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология : учебное пособие : [16+] / Н. Л. Захарова ; Технологический университет. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. — 39 с. : табл. — Режим доступа: по подписке. — URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>

2. Специальная психология Электронный ресурс : Учебное пособие для СПО / сост. О. В. Липунова. - Саратов : Профобразование, 2019. - 81 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. — Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. — 213 с.

Практическое занятие 5

Тема. Патологическое развитие личности.

Цель - формирование представлений студентов о семиотике патологического развития личности.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике патологического развития личности.

Теоретическая часть

Патологическое формирование личности – это деформация незрелой личности, которая протекает в аномальном направлении на фоне хронических патогенных воздействий. К ним можно отнести такие факторы, как неправильное воспитание и длительная психотравмирующая атмосфера. Эти и многие другие социально-психологические факторы вызывают ситуационные реакции личности.

Данный термин впервые был сформирован в 1910 г. немецким психиатром Карлом Ясперсом. Целью стало ограничение ряда паталогических состояний, которые связаны с особенностями личности и неблагоприятными социальными условиями, из-за которых конкретная личность начинает меняться. При этом чрезвычайно или длительно объективные или субъективные ситуации, которые не находят своего решения, становятся причиной обострения и закрепления особенностей личности, которые были свойственны ей в самом начале, т.е. имеет место так называемая дезадаптация. Следовательно, характер человека, который подвергся личностному нарушению, становится сложнее. Таким людям чаще всего трудно строить взаимоотношения с окружающим их обществом.

Детский возраст – наиболее важный период жизни любого человека. Это обусловлено не только тем, что именно в это время происходят процессы становления морфологических и физиологических функций, но также и с тем, что на протяжении этого относительно небольшого отрезка времени формируются личностные черты. По данным психологов, личность человека начинает формироваться еще с момента рождения, при

этом особое значение уделяется форме воспитания. Ключевым компонентом личности также выступает темперамент ребенка. Иначе говоря, темп протекания и подвижность процессов, связанных с психикой. Возрастная неустойчивость детской личности приводит к тому, что с легкостью могут возникнуть различного рода переходящие, а также более стойкие отклонения или же нарушения в процессе формирования личности в результате разнообразных по характеру неблагоприятных ситуаций. Закрепление отклонений характера, постепенно приобретающее аномальный характер, может быть условно обозначено как «патохарактерологический синдром».

Виды неправильного воспитания, которые ведут к патологическому развитию личности:

1. Тип воспитания «кумир семьи». В семье все ресурсы направлены на удовлетворение потребностей ребенка. Все внимание сосредоточено на нем и его прихотях. В таких условиях ребенок становится эгоистичным, капризным, проявляются черты высокомерия. Подобное воспитание ведет лишь к тому, что ребенок не считает должным интересоваться желаниями других людей, не признает каких-либо правил, ограничений или обязанностей. Главным его стремлением становится исполнение собственных желаний, получение удовольствия и т.п.

2. Тип воспитания «золушка». В этом случае родители предъявляют чрезмерно строгие требования к ребенку, проявляется враждебное или равнодушное отношение. При таком воспитании ребенок лишается ласки и родительского тепла. Это приводит к аномальной деформации его личности, что влечет за собой усиление таких черт характера, как робость, плаксивость, нерешительность, неумение постоять за себя, лицемерие, лживость, недоверие к окружающим, замкнутость и т.п. При этом может возникнуть склонность к иллюзиям или фантазированию. Тем самым ребенок пытается оградить себя от травмирующих его психику реалий. Уход в мир фантазий не позволяет создавать нормальные отношения со сверстниками, происходит самовольное ограничение от «враждебной» действительности, теряются контакты и т.д.

3. Тип воспитания «гиперопека». При такой форме воспитания ребенок теряет самостоятельность и умение проявлять инициативу, что в свою очередь не позволяет достигать целей и реализации возможностей. При подобных условиях усиливаются такие черты характера, как безволие, сниженная самооценка, нерешительность, неспособность подстраиваться под жизненные ситуации, зависимость от окружающих и т.п.

4. Тип воспитания «гипоопека». В этом случае ребенок лишен родительского надзора, предоставлен сам себе, его никто не контролирует. При такой форме воспитания у детей крайне плохо формируются личностные навыки социального взаимоотношения с людьми. Поскольку ребенок не ограничен в своих действиях, он начинает отрицать общепризнанные нормы, положительные авторитеты, у него создается стремление к полной физической и личностной свободе. При таких ситуациях не признаются какие-либо формы упорядоченного воспитания, труда или учебы, не уделяется внимание нормативам поведения, которые признаны в обществе.

5. Воспитание, основанное на противоречивой системе. Когда в семье действуют непоследовательные методы воспитания, личность ребенка чаще всего формируется в аномальном направлении. Разнобой воспитательных действий ведет к тому, что у детей усиливаются неблагоприятные черты характера. При этом отсутствуют волевые навыки, настроение меняется в зависимости от сиюминутных потребностей, ребенок легко подчиняется влиянию окружающих его людей. В целом, формируется непостоянный и нестабильный характер, в котором преобладают нежелание трудиться, преодолевать сложности и т.п.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии:

1. Клинико-психологическая характеристика патологического формирования личности.

2. Роль биологических и социальных факторов, определяющих патологическое формирование личности.
 3. Механизмы формирования патохарактерологического развития.
 4. Типы патохарактерологических реакций: реакции отказа, протеста (оппозиции), имитации, компенсации, гиперкомпенсации. Патохарактерологические реакции подросткового периода: эмансипации, хобби, сексуальные отклонения.
- Варианты патохарактерологического формирования личности: аффективно возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Специальная психология : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 598 с.

Перечень дополнительной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология : учебное пособие : [16+] / Н. Л. Захарова ; Технологический университет. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. — 39 с. : табл. — Режим доступа: по подписке. — URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>
2. Специальная психология Электронный ресурс : Учебное пособие для СПО / сост. О. В. Липунова. - Саратов : Профобразование, 2019. - 81 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. — Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. — 213 с.

Практическое занятие 6.

Тема. Неврозы у детей и подростков

Цель - формирование представлений студентов о семиотике неврозов в детском возрасте.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике неврозов в детском возрасте.

Теоретическая часть

Неврозы являются **пограничными состояниями**, т.е. состояниями, находящимися на границе между нормой и патологией. Неврозы не считаются ни нормой психологического здоровья, ни патологией.

По этиологии неврозы относятся к группе **реактивных (психореактивных, психогенных) состояний**, т.е. заболеваний, возникающих под влиянием психической травмы или в психотравмирующей ситуации.

Существуют определенные характерные особенности реактивных состояний, позволяющие отграничить их от других заболеваний. Наиболее распространенной точкой зрения на *отличительные особенности реактивных состояний* является «*триада Ясперса*»:

1. Психогенные заболевания вызываются психической травмой;
2. Психическая травма находит отражение в содержании симптомов этих заболеваний;

3. Реактивные состояния заканчиваются при прекращении действия вызвавшей их причины.

Таким образом, реактивные состояния, и в том числе неврозы, носят обратимый характер и, соответственно, в каждом случае существует определенная вероятность выздоровления.

В научной литературе различные авторы по-разному определяют понятие невроза. Перечислим основные **определения неврозов**:

- По мнению В.Н. Мясищева, «невроз – это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально, непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные переживания: неудач в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности».

- С точки зрения Б.Д. Карвасарского, «неврозы – это психогенные заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений».

- По мнению В.Я. Сямке (1988), «неврозы – это функциональные болезненные состояния, возникающие и развивающиеся в условиях незавершившейся психотравмирующей ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение (с иррадиацией в соматические процессы) и непреодолимую личностную потребность в ликвидации создавшегося положения».

Отличительные признаки неврозов обычно рассматриваются в рамках отличий неврозов от психопатий, которые так же относятся к пограничным состояниям: «неврозы – формы преимущественно приобретенные, возникающие у до того практически здоровых лиц, тогда как психопатические состояния в большей степени конституционально обусловлены ... Первые отличаются парциальностью личностных расстройств, в результате чего возможна их компенсация. Для психопатий же типична тотальность этих расстройств ... В формировании неврозов определяющее значение принадлежит внешним обстоятельствам, значение которых оказывается всегда большим, чем при психопатиях» [6]. Кроме того, отмечают такие отличительные особенности неврозов, как отсутствие нарушений интеллекта, сохранность критики (невротики относятся к своему состоянию как к болезни, в то время как психопаты больными себя не считают), отсутствие проявлений, характерных для других психических заболеваний (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и т.д.).

Таким образом, неврозы являются обратимыми психореактивными состояниями, характеризующимися частичностью (парциальностью) личностных расстройств.

2. Формы неврозов

Традиционно выделяют следующие три **формы неврозов**:

1. *Неврастения (невроз истощения)* – проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. И.П. Павлов считал «раздражительную слабость» основным признаком неврастении. Неврастения сопровождается вегетативными расстройствами, головными болями, сенсомоторными расстройствами (повышением чувствительности к различным раздражителям), эмоциональной неустойчивостью, нарушениями психических процессов (трудностями сосредоточения, нарушениями памяти). Самочувствие неврастеников постоянно характеризуется чувством разбитости. Возникновение неврастении связано с чрезмерными интеллектуальными, эмоциональными или физическими нагрузками, приводящими к истощению нервной системы.

2. *Истерический невроз* – проявляется самыми разнообразными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами и характеризующийся

большой внушаемостью и самовнушаемостью больных, стремлением любой ценой привлечь к себе внимание окружающих. Симптомы истерии обычно напоминают проявления самых различных болезней, поэтому Ж.М.Шарко назвал ее «великой симулянткой». При истерических расстройствах всегда чувствуется желание болезни, есть что-то искусственное, утрированное, показное изображение страдания. Аффективные нарушения характеризуются лабильностью эмоции, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным аффективным реакциям со слезами, часто переходящими в рыдания.

3. *Невроз навязчивых состояний* – проявляется навязчивыми страхами (фобиями), навязчивыми мыслями (обсессиями) или навязчивыми влечениями и действиями (компульсиями). Обычно навязчивые состояния с течением времени прогрессируют, т.е., например, увеличивается число фобических страхов. Обычно содержание навязчивых страхов, мыслей и т.д. связано с травмирующей ситуацией, вследствие которой возник невроз.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии:

1. Особенности клинической картины и течения неврозов у детей.
2. Общие и системные моносимптомные неврозы.
3. Характеристика системных неврозов.
4. Невроз страха. Неврозы навязчивых состояний: обсессивный и фобический неврозы.
5. Депрессивный невроз.
6. Депрессия, истерия, ипохондрия и проблема патохарактерологического развития личности.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Специальная психология : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 598 с.

Перечень дополнительной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология : учебное пособие : [16+] / Н. Л. Захарова ; Технологический университет. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. – 39 с. : табл. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>
2. Специальная психология Электронный ресурс : Учебное пособие для СПО / сост. О. В. Липунова. - Саратов : Профобразование, 2019. - 81 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. – 213 с.

Практическое занятие 7

Тема. Психология лиц со сложными дефектами развития.

Цель - формирование представлений студентов о сложном дефекте развития.

Знания, умения и владения, приобретаемые обучающимся в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.

Формируемые компетенции: УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Актуальность темы определяется важностью знаний о семиотике сложного дефекта развития.

Теоретическая часть

В современной специальной литературе в номинации сложных нарушений обозначаются только так называемые первичные нарушения, например слепоглухота. Если в название включаются вторичные отклонения в развитии, как, например, в слове «слепоглухонемота», где «немотой» обозначено отсутствие речи, являющееся лишь следствием глухоты ребенка, лишь социально обусловленным, т.е. вторичным нарушением, то такой термин следует признать неточным и устаревшим.

Приведенные суждения виднейших отечественных ученых позволяют принять эти теоретические позиции за основу при понимании и формулировании сущности сложного (комплексного) нарушения. В качестве синонимического понятия сложного нарушения используется «множественное нарушение», когда имеется три и более нарушений (первичных), каждое из которых имеет определенные отрицательные последствия, усугубляющие отклонения в развитии ребенка, например умственно отсталые слепоглухие.

Ко множественным дефектам, в частности, можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например, при сочетании небольших нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

Основываясь на этом, Жигорева М.В. приходит к следующему заключению.

К сложным (комплексным) нарушениям относятся такие, которые представлены несколькими первичными нарушениями, каждое из которых, будучи взятым отдельно, определяло бы характер и структуру аномального развития. Все имеющиеся нарушения оказывают многообразное воздействие друг на друга и взаимно усиливаются. Вследствие этого отрицательные последствия таких дисфункций качественно и количественно значительно грубее, чем простое суммарное сложение отдельных нарушений.

В ряде случаев может иметь место осложненный дефект. На практике существует немало примеров, когда весьма нелегко дать однозначный диагноз отклонениям в развитии, трудно установить структуру дефекта. Происходит это чаще всего тогда, когда патология выражена неярко, а аномалии в развитии имеют негрубые формы.

При осложненном нарушении, как отмечает Е. М. Мастюкова, необходимо выделить ведущий дефект и осложняющие его расстройства. Например, олигофрении, задержке психического развития, ДЦП могут сопутствовать различные формы не резко выраженных нарушений зрения, слуха, дизартрические расстройства речи и т.д. При многих формах аномального развития наблюдаются двигательные нарушения, нередко в виде отдельных слабо выраженных синдромов детского церебрального паралича, проявляющихся в изменениях мышечного тонуса, нарушениях равновесия, неловкости движений. Основной вид аномального развития приобретает особую структуру при его осложнении различными неврологическими и психопатологическими синдромами. Например, недоразвитие речи, осложненное гипертензионно- гидроцефальным судорожным синдромом или синдромом двигательной расторможенности, аффективной возбудимости, синдромом раннего детского аутизма. Среди детей с речевыми нарушениями выявлена довольно большая группа с особой структурой дефекта, обусловленной сочетанием речевого дефекта с незначительным снижением периферического слуха, которое может иметь стойкий или нестойкий характер (временное нарушение обусловленным, т.е. вторичным нарушением, то такой термин следует признать неточным и устаревшим.

Приведенные суждения виднейших отечественных ученых позволяют принять эти теоретические позиции за основу при понимании и формулировании сущности сложного (комплексного) нарушения. В качестве синонимического понятия сложного нарушения используется «множественное нарушение», когда имеется три и более нарушений (первичных), каждое из которых имеет определенные отрицательные последствия, усугубляющие отклонения в развитии ребенка, например, умственно отсталые

слепоглухие.

Ко множественным дефектам, в частности, можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например, при сочетании небольших нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии:

Типология групп детей со сложными дефектами.

2. Этиология сложного дефекта.

3. Клинико-психологическая характеристика детей со сложными дефектами.

4. Психические процессы и состояния при комбинированных дефектах.

5. Эмоционально-волевая сфера детей со сложными дефектами.

6. Личность и деятельность при сложных дефектах.

Список рекомендуемой литературы

Перечень основной литературы:

1. Захарова, Н. Л. Специальная психология: учебное пособие: Н.Л. Захарова; Технологический университет. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2019. – 39 с.: табл. – Режим доступа: URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>

2. Подольская, О. А. Основы коррекционной педагогики и психологии: учебное пособие: О. А. Подольская, И. В. Яковлева. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2018. – 170 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=495845>

Перечень дополнительной литературы:

1. Лемех, Е.А. Основы специальной психологии : учебное пособие / Е.А. Лемех. - Минск : РИПО, 2017. - 220 с. : схем., табл. - ISBN 978-985-503-718-8 ; То же [Электронный ресурс].

2. Детская логопсихология : учебник / О. А. Денисова, О. Л. Леханова, Т. В. Захарова и др. ; под ред. О. А. Денисовой. – Москва : Владос, 2018. – 161 с.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. – 213 с.

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

Методические рекомендации для студентов по организации
самостоятельной работы по дисциплине
Семиотика дизонтогенетических нарушений

Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) «Нейродефектология в образовании»

Ставрополь, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ	3
2. ПЛАН-ГРАФИК ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ.....	4
3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА.....	4
4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛИТЕРАТУРОЙ.....	6
5. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ ДОКЛАДА.....	8
6. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ.....	12
7. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К СОБЕСЕДОВАНИЮ.....	13
8. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	14

ВВЕДЕНИЕ

Цель самостоятельной работы студентов: закрепить и расширить знания, полученные на лекционных занятиях, подготовить к усвоению соответствующих умений и навыков на практических занятиях.

Мотивировка: самостоятельная работа занимает важное место в подготовке специалиста (влияет на качество подготовки, обеспечивает получение дополнительных знаний) и влияет на допуск к экзамену.

Задачи:

1. Ознакомить студентов с современными взглядами на природу нарушений психического развития;
2. Выявить параметры, определяющие типы нарушений психического развития.
3. Ознакомить с основными (общими для нормы и патологии) и специфическими (характерными только для детей с ОВЗ) закономерностями формирования и проявления психических процессов, состояний и свойств у детей с проблемами в развитии.
4. Рассмотреть своеобразие психики детей с нарушениями в развитии при опоре на современные достижения физиологии, патопсихологии, возрастной психологии и ряда частных дисциплин (анатомии, физиологии и патологии органов зрения, слуха, клиники олигофрении и др.)

Перед выполнением студентами внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель проводит инструктаж по выполнению задания, который включает цель задания, его содержание, сроки выполнения, ориентировочный объем работы, основные требования к результатам работы, критерии оценки. В процессе инструктажа преподаватель предупреждает студентов о возможных типичных ошибках, встречающихся при выполнении задания. Инструктаж проводится преподавателем за счет объема времени, отведенного на изучение дисциплины.

Самостоятельная работа может осуществляться индивидуально или группами студентов в зависимости от цели, объема, конкретной тематики самостоятельной работы, уровня сложности уровня умений обучающихся.

Самостоятельная работа более эффективна, если она парная или в ней участвуют 3 человека. Групповая работа усиливает фактор мотивации и взаимной интеллектуальной активности, повышает эффективность познавательной деятельности студентов благодаря взаимному контролю. Участие партнера существенно перестраивает психологию студента. В случае индивидуальной подготовки студент субъективно оценивает свою деятельность как полноценную и завершенную, но такая оценка может быть ошибочной.

При групповой индивидуальной работе происходит групповая самопроверка с последующей коррекцией преподавателя. Это второе звено самостоятельной учебной деятельности обеспечивает эффективность работы в целом. При достаточно высоком уровне самостоятельной работы студент сам может выполнить индивидуальную часть работы и продемонстрировать ее партнеру-сокурснику.

Отчет по самостоятельной работе обучающихся может осуществляться как в печатном, так и в электронном виде.

2. ПЛАН-ГРАФИК ВЫПОЛНЕНИЯ СРС ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Код оцениваемой компетенции и (или её части)	Этап формирования компетенции (№ темы)	Тип контроля	Вид контроля	Компонент фонда оценочных средств	Срок сдачи
УК-1	1-2	текущий	письменный	Темы докладов	3 семестр, 4 неделя

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Работа с конспектом лекций

Просмотрите конспект сразу после занятий. Отметьте материал конспекта лекций, который вызывает затруднения для понимания. Попытайтесь найти ответы на затруднительные вопросы, используя предлагаемую литературу. Если самостоятельно не удалось разобраться в материале, сформулируйте вопросы и обратитесь на текущей консультации или на ближайшей лекции за помощью к преподавателю.

Каждую неделю отводите время для повторения пройденного материала, проверяя свои знания, умения и навыки по контрольным вопросам и тестам.

Выполнение практических занятий

На первом занятии получите у преподавателя задания по курсу, планы подготовки к практическим занятиям. Обзаведитесь всем необходимым методическим обеспечением.

Практическое занятие – одна из форм организации учебного процесса – самостоятельной работы обучающихся, которая регламентируется требованиями документа. Практическое занятие представляет собой коллективное обсуждение обучающимися теоретических вопросов под руководством преподавателя.

Практическое занятие (семинар) – вид аудиторной совместной деятельности, осуществляемой в форме практики мышления, речи и письма. На семинаре студент отвечает на вопросы; уточняет, дополняет и обобщает ответы других; участвует в ролевых играх, дискуссиях; выступает с сообщением, докладом. Достоинством семинара является дискуссионная форма усвоения материала, сотворчество в обсуждении проблем, интеллектуальная состязательность.

При подготовке к практическому занятию сначала следует прочесть конспект лекций по теме занятия, затем изучить учебную и справочную литературу (учебник, учебные пособия, словари, энциклопедии), после чего – первоисточники.

Литературу необходимо конспектировать и давать сжатые письменные ответы на вопросы практического занятия. Такие ответы пригодятся при подготовке к экзамену. В них следует отразить содержание главных понятий и связь между ними, дать собственную оценку тем или иным концепциям, выявить связь изучаемого вопроса с современностью, с будущей профессиональной деятельностью. По неясным вопросам необходимо обращаться к преподавателю.

Текст выступления на практическом занятии должен быть написан самим студентом (уже переработанный). Выступления, на которых студент ограничивается только чтением уже опубликованного текста, преподавателем не учитываются.

По пропущенным занятиям студент отчитывается в устной или письменной форме. В противном случае преподаватель имеет право задать студенту на зачете дополнительные вопросы по теме пропущенного занятия.

Преподаватель оценивает подготовку студента к практическому занятию по следующим критериям:

- Наличие конспектов, лекций;
- Понимание главных понятий, их связей;
- Умению мыслить самостоятельно, логично, последовательно, доказательно;
- Мнениями оценивать идеи, концепции, обосновывать свою теоретическую позицию, связывать теорию с практикой, приводить примеры, приводить аналогии.

На практические занятия выносятся узловые темы, запланированные в программе учебной дисциплины, освоение которых определяет качество профессиональной подготовки будущих специалистов.

Цель занятия – формирование знаний по теме, развитие самостоятельности мышления и творческой активности обучающихся путем равноправного и активного их участия в обсуждении рассматриваемых вопросов.

Задачи практического занятия:

- закрепление, расширение и углубление знаний по психологии общения и конкретной теме;
- развитие навыков постановки проблем и решения задач;
- отработка навыков ведения дискуссии, аргументации и отстаивания своей точки зрения;
- демонстрация обучающимися достигнутого уровня знаний;
- формирование навыков самостоятельной работы.

Функции практического занятия (семинара):

- познавательная,
- воспитательная,
- развивающая,
- контрольная.

Составление схем (краткое изложение основного материала для его систематизации);

Составление плана текста (перечисление основных разделов материала для его систематизации);

Заполнение таблиц (разложение материала по каким-либо направлениям для конкретизации);

Подбор иллюстраций к теоретическим положениям (для наглядного представления материала), создание презентаций в формате Power Point;

Подготовка сообщений (раскрытие или дополнение каких-либо вопросов для обсуждения в устной форме), докладов (представление новой информации в рамках темы в устной форме), рефератов (самостоятельная подготовка информации по теме в письменной форме);

Дискуссия (обсуждение подготовленной информации);

Аннотирование (краткое обобщённое представление материала в письменной форме), конспектирование (подробное представление материала в письменной форме) и тезирование (представление материала в виде тезисов – основных положений по каждому разделу или направлению в письменной форме) литературы.

Подготовка к коллоквиуму. Коллоквиум (лат. colloquium — разговор, беседа), 1) одна из форм учебных занятий в системе образования, имеющая целью выяснение и повышение знаний студентов. На коллоквиуме обсуждаются: отдельные части, разделы, темы, вопросы изучаемого курса (обычно не включаемые в тематику семинарских и других практических учебных занятий), рефераты, проекты и др. работы обучающихся. 2) Научные собрания, на которых заслушиваются и обсуждаются доклады.)

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛИТЕРАТУРОЙ

При изучении дисциплины у студентов должен вырабатываться рационально-критический подход к изучаемым проблемам и явлениям. Это включает понимание того, что со временем ряд информационных и теоретических материалов устаревает, требуя критического отношения. С другой стороны, каждый текущий вопрос имеет свою историю, которую тоже полезно знать. Каждое событие может иметь разные интерпретации, поэтому слова, сказанные много лет назад, могут иметь важное значение.

Чтобы понять содержание материала, нужно уметь его прочитывать. Начинать следует с предварительного просмотра, в ходе которого ознакомиться с названием работы, с аннотацией, оглавлением, предисловием. Часто замысел работы ясен уже при ознакомлении с ее названием. Но особенно интересен просмотр оглавления, в результате которого становится ясным развитие мысли автора. Неплохо было бы появившиеся при этом мысли зафиксировать на бумаге.

Просматривая текст оглавления, нужно остановиться на тех главах, которые представляют для вас особенный интерес, бегло ознакомиться с ними, составляя в общих чертах свое представление о них. Цель этого действия – найти места, относящиеся к искомой теме, определив при этом, что ценного в каждом из них.

Следующий этап – прочтение выделенных мест с фиксацией самых главных сведений. При этом надо четко и ясно осознавать цель чтения, постоянно держа ее перед собой: по какому вопросу нужна информация, для чего нужна, ее характер и т.д. необходимо менять режим чтения – от беглого вдумчивого – в зависимости от ценности информации, останавливаясь там, где это требуется для глубокого понимания текста.

Следует научиться определять структуру текста по соподчиненности его частей, учитывая взаимосвязь текста с рисунками, сносками, примечаниями и таблицами. Все это поможет пониманию текста при беглом ознакомлении с ним. Так вырабатывается способность при прочтении сразу понимать смысл и значение новой информации.

Многие книги и статьи имеют в своем аппарате списки литературы, которые дают возможность пополнить информационную осведомленность о дополнительной литературе по данному вопросу.

Отдельный этап прочтения – ведение записей прочитанного. Существует несколько видов записей: план, выписки, тезисы, аннотация, резюме, конспект.

Планом удобно пользоваться при подготовке к устному выступлению по выбранной теме. Каждый пункт плана должен раскрывать одну из сторон избранной темы, а весь план должен охватывать ее целиком.

Тезисы предполагают сжатое изложение основных положений текста в форме утверждения или отрицания. Они являются более совершенной формой записей и представляют основу для дискуссии. К тому же их легко запомнить.

Аннотация – краткое изложение содержания – дает общее представление о работе.

Резюме кратко характеризует выводы, главные итоги произведения.

Конспект является наиболее распространенной формой ведения записей. Основную ткань конспекта составляют тезисы, дополненные доказательствами и рассуждениями. Конспект может быть текстуальным, свободным или тематическим. Текстуальный представляет собой цитатник с сохранением логики работы и структуры текста. Свободный конспект основан на изложении материала в том порядке, который более удобен автору. В этом смысле конспект представляет собирание воедино мыслей, разбросанных по всей книге. Тематический конспект может быть составлен по нескольким источникам, где за основу берется тема, интерпретируемая по-разному.

Экономии времени дает использование при записях различного рода сокращений, аббревиатуры и т.д. многие используют для регистрации исследуемых тем систему карточек. Преимущество карточек в том, что тема там излагается очень сжато, и они очень удобны в использовании, т.к. их можно разложить на столе, перегруппировать и без труда найти искомую тему.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ ДОКЛАДА

Работая с литературными источниками, не следует ограничиваться простым пересказом содержания прочитанного. Необходимо выделить наиболее важные теоретические положения и обосновать их, раскрыть особенности различных точек зрения на один и тот же вопрос, оценить практическое и теоретическое значение результатов реферируемой работы, а также выразить собственное отношение к идеям и выводам автора, подкрепив его определенными аргументами (личным опытом, высказываниями других исследователей и пр.).

Реферируемый источник, списки использованной литературы, а также все ссылки на литературные работы должны быть оформлены по алфавиту с указанием фамилии и инициалов автора, название источника, места и года издания; для журнальных статей

необходимо указать фамилию и инициалы автора, название статьи, журнала, год издания и номер.

*Доклад по дисциплине «Семиотика дизонтогенетических нарушений»
студента ... курса (фамилия, имя, отчество)*

факультета, группы

Тема: ".....".

год выполнения.

1. Общие положения

1.1. Доклад, как вид самостоятельной работы в учебном процессе, способствует формированию навыков исследовательской работы, расширяет познавательные интересы, учит критически мыслить.

1.2. При написании доклада по заданной теме студент составляет план, подбирает основные источники.

1.3. В процессе работы с источниками систематизирует полученные сведения, делает выводы и обобщения.

1.4. К докладу по крупной теме могут привлекать несколько студентов, между которыми распределяются вопросы выступления.

2. Выбор темы доклада

2.1. Тематика доклада обычно определяется преподавателем, но в определении темы инициативу может проявить и студент.

2.2. Прежде чем выбрать тему доклада, автору необходимо выявить свой интерес, определить, над какой проблемой он хотел бы поработать, более глубоко ее изучить.

3. Этапы работы над докладом

3.1. Формулирование темы, причем она должна быть не только актуальной по своему значению, но и оригинальной, интересной по содержанию.

3.2. Подбор и изучение основных источников по теме (как правильно, при разработке доклада используется не менее 8-10 различных источников).

3.3. Составление списка использованных источников.

3.4. Обработка и систематизация информации

3.5. Разработка плана доклада.

3.6. Написание доклада.

3.7. Публичное выступление с результатами исследования.

4. Структура доклада:

- титульный лист
- оглавление (в нем последовательно излагаются названия пунктов доклада, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт);
- введение (формулирует суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи доклада, дается характеристика используемой литературы);
- основная часть (каждый раздел ее, доказательно раскрывая отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы);
- заключение (подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме доклада, предлагаются рекомендации);
- список использованных источников

5. Структура и содержание доклада

5.1. Введение - это вступительная часть научно-исследовательской работы. Автор должен приложить все усилия, чтобы в этом небольшом по объему разделе показать актуальность темы, раскрыть практическую значимость ее, определить цели и задачи эксперимента или его фрагмента.

5.2. Основная часть. В ней раскрывается содержание доклада. Как правило, основная часть состоит из теоретического и практического разделов.

В теоретическом разделе раскрываются история и теория исследуемой проблемы, дается критический анализ литературы и показываются позиции автора.

В практическом разделе излагаются методы, ход, и результаты самостоятельно проведенного эксперимента или фрагмента.

В основной части могут быть также представлены схемы, диаграммы, таблицы, рисунки и т.д.

5.3. В заключении содержатся итоги работы, выводы, к которым пришел автор, и рекомендации. Заключение должно быть кратким, обязательным и соответствовать поставленным задачам.

5.4. Список использованных источников представляет собой перечень использованных книг, статей, фамилии авторов приводятся в алфавитном порядке, при этом все источники даются под общей нумерацией литературы. В исходных данных источника указываются фамилия и инициалы автора, название работы, место и год издания.

5.5. Приложение к докладу оформляются на отдельных листах, причем каждое должно иметь свой тематический заголовок и номер, который пишется в правом верхнем углу, например: «Приложение 1»

6. Требования к оформлению доклада

6.1. Объем доклада может колебаться в пределах 5-15 печатных страниц; все приложения к работе не входят в ее объем.

6.2. Доклад должен быть выполнен грамотно, с соблюдением культуры изложения.

6.3. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу.

6.4. Должна быть соблюдена последовательность написания библиографического аппарата.

7. Критерии оценки доклада

- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала; правильность и полнота использования источников;
- соответствие оформления доклада стандартам.

По усмотрению преподавателя доклады могут быть представлены на семинарах, научно-практических конференциях, а также использоваться как зачетные работы по пройденным темам.

Оценкой «отлично» оценивается доклад, в котором соблюдены следующие требования: обоснована актуальность избранной темы; полно и четко представлены основные теоретические понятия; проведен глубокий анализ теоретических и практических исследований по проблеме; продемонстрировано знание методологических основ изучаемой проблемы; показана осведомленность о новейших исследованиях в данной отрасли (по материалам научной периодики); уместно и точно использованы различные иллюстративные приемы – примеры, схемы, таблицы и т. д.; показано знание межпредметных связей; работа написана с использованием терминов современной науки, хорошим русским языком, соблюдена логическая стройность работы; соблюдены все требования к оформлению доклада.

Оценкой «хорошо» оценивается доклад, в которой: в целом раскрыта актуальность темы; в основном представлен обзор основной литературы по данной проблеме; недостаточно использованы последние публикации по данному вопросу; выводы сформулированы недостаточно полно; собственная точка зрения отсутствует или недостаточно аргументирована; в изложении преобладает описательный характер

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии: изложение носит исключительно описательный, компилятивный характер; библиография ограничена; изложение отличается слабой аргументацией; работа не выстроена логически;

недостаточно используется научная терминология; выводы тривиальны; имеются существенные недостатки в оформлении.

Если большинство изложенных требований к докладу не соблюдено, то он не засчитывается.

Примерные темы докладов

1. Гиперсексуальность и отклоняющееся поведение детей с проблемами в развитии.
2. Проблема структуры дефекта при хронических соматических заболеваниях.
3. Современные подходы к исследованию невротической личности.
4. Повреждение механизмов эмоциональной регуляции (на модели раннего детского аутизма).
5. Анализ отечественных и зарубежных подходов к коррекции эмоциональных нарушений (на примере РАС).
6. Проблема психического инфантилизма в психологии.
7. Феноменология гиперактивности.
8. Психоневрологическое понимание общего недоразвития речи.
9. Психологические проблемы нарушений темпов психофизического развития.
10. Проблема обратимости и необратимости формирования патологического формирования личности.
11. Сравнительная характеристика прогноза развития при различных формах ЗПР.
12. Основные тенденции личностного развития при интеллектуальной недостаточности.

6. Контрольные вопросы для самостоятельной оценки качества освоения дисциплины

Дают студенту возможность оперативной оценки своей подготовленности по данной теме и определения готовности к изучению следующей темы. Контрольные вопросы направлены на то чтобы студент мог проверить понимание понятийного аппарата учебной дисциплины, смог воспроизвести фактический материал, раскрыть причинно-следственные, временные связи, а также мог выделять главное, сравнивать, доказывать, конкретизировать, обобщать и систематизировать знания.

Примерные вопросы

1. Роль слуха в развитии психики ребенка.
2. Роль зрения в психическом развитии ребенка.
3. Особенности овладения различными видами деятельности детьми с речевой патологией.
4. Влияние ограничения двигательной активности на психическое развитие ребенка.
5. Особенности речевой деятельности детей с ДЦП.
6. Нарушения эмоционально-волевой сферы в структуре дефекта при ДЦП.
7. Особенности социальной адаптации детей, страдающих ДЦП.
8. Влияние хронических заболеваний на развитие познавательной деятельности детей.
9. Основные принципы психологического анализа под влиянием хронической болезни.
10. Эмоционально-личностные особенности детей при хронических соматических заболеваниях.
11. Астенические состояния и их влияние на развитие ребенка.
12. Значение эмоциональной регуляции в процессе психического и личностного развития ребенка.
13. Специфика игры при раннем детском аутизме.
14. Аутические страхи.
15. Агрессия у аутичных детей.
16. Соотношение социальных и биологических факторов, определяющих патологическое формирование личности.
17. Механизмы формирования патохарактерологического развития.

18. Ошибки семейного воспитания как причина патологического формирования личности.
19. Пути диагностики и коррекции патохарактерологического формирования личности
20. Механизм формирования вредных привычек интоксикационного генеза.
21. Современные подходы к рассмотрению этиологии и патогенеза сочетанного дефекта.
22. Особенности раннего развития детей со сложным дефектом.

7. Методические рекомендации по подготовке к собеседованию

На собеседовании проходит обсуждение конкретных ситуаций. Обсуждения направлены на освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков. Основная цель проведения собеседований заключается в закреплении знаний полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Собеседование проводится в форме устного опроса студентов по вопросам представленных в ФОСе, а также в виде решения практических задач или моделирования практической ситуации. В ходе подготовки к собеседованию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является личным мнением автора, построенного на анализе различных источников, поэтому следует не ограничиваться одним учебником или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме.

В ходе самостоятельной работы студенту необходимо отслеживание научных статей в специализированных изданиях, а также изучать статистические материалы, соответствующей каждой теме. Тематика собеседований представлена в ФОС дисциплины.

Форма отчетности о результатах самостоятельной работы по дисциплине

-собеседование

- доклад

Требования к представлению и оформлению результатов СРС

Результаты СРС должны быть представлены в письменном виде на бумажном носителе (анализ, схемы, конспекты, банк методик); в виде мультимедиа презентации на электронном носителе; в порядке устного ответа (индивидуальное собеседование).

8. Список литературы, рекомендуемый к использованию

Основная литература:

- 1.Захарова, Н. Л. Специальная психология: учебное пособие: Н.Л. Захарова; Технологический университет. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2019. – 39 с.: табл. – Режим доступа: URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=572199>
- 2.Подольская, О. А. Основы коррекционной педагогики и психологии: учебное пособие: О. А. Подольская, И. В. Яковлева. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2018. – 170 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=495845>

Перечень дополнительной литературы:

- 1.Лемех, Е.А. Основы специальной психологии : учебное пособие / Е.А. Лемех. - Минск : РИПО, 2017. - 220 с. : схем., табл. - ISBN 978-985-503-718-8 ; То же [Электронный ресурс].
- 2.Детская логопсихология : учебник / О. А. Денисова, О. Л. Леханова, Т. В. Захарова и др. ; под ред. О. А. Денисовой. – Москва : Владос, 2018. – 161 с.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

- 1.Семиотика дизонтогенеза: учебное пособие (практикум) / авт.-сост. Г. Ю. Козловская. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2021. – 213 с.

Информационно-справочные и информационно-правовые системы,

используемые при изучении дисциплины:

1	Электронно-библиотечная система IPRbooks;
2	ЭБС «Университетская библиотека онлайн»;
3.	ЭБС «Консультант студента»
4	Электронная библиотека диссертаций Российской государственной библиотеки (ЭБД РГБ);
5	Доступ к реферативной и наукометрической электронной базе SCOPUS.

Программное обеспечение:

1	Операционная система: Microsoft Windows 8;
2	Базовый пакет программ Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint). Microsoft Office Standard 2013.